سلسلة علم النفس ١١

الأمراض السيكوسوماتية

(المجلد الأول)

في الصحة النفسية

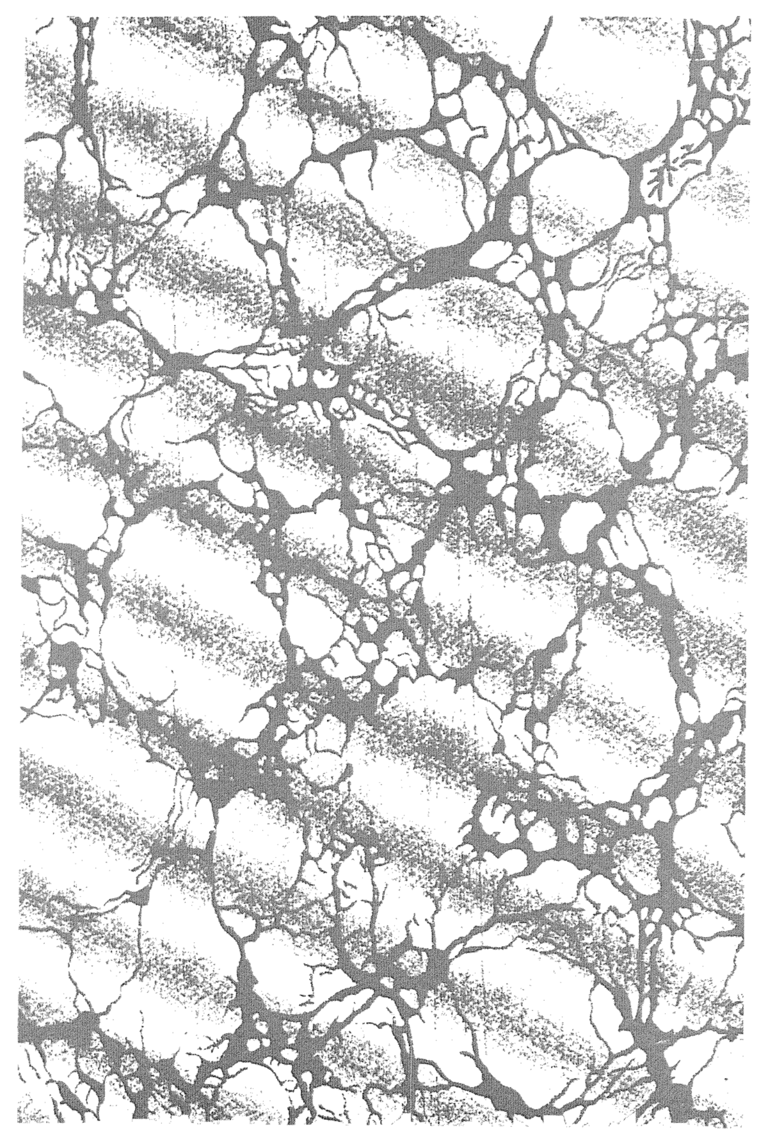
تأليف

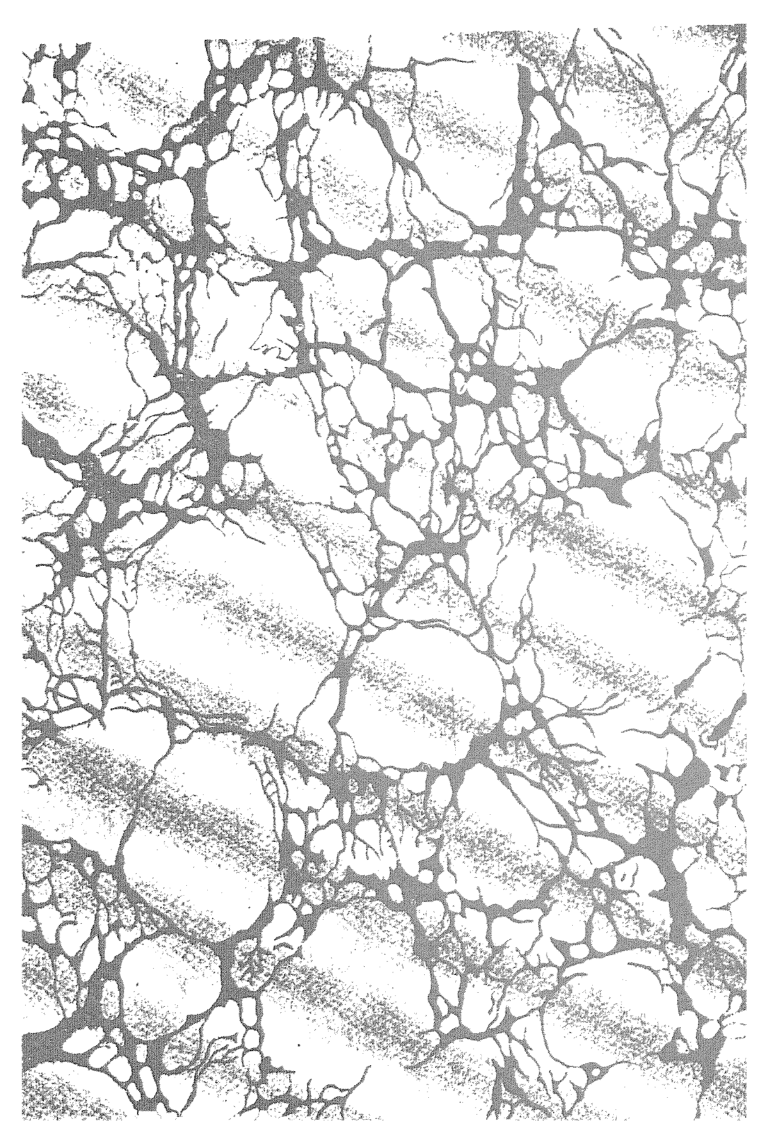
الدكتور محمود السيد ابو النيل





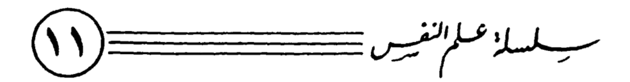
دار النهضة العربية







(المجلد الأول)

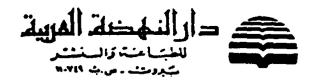


الأمراض السيكوسوماتية

(المجلد الأول)

في الصحة النفسية

اعداد
الدكتور محمود السيد أبو النيل
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة عين شمس



الطبعة الثانية
مزيدة ومنقحة

١٩٩٤



* الإدارة: بيروت، شارع مدحت باشا، بناية كريدية، تلفون: 866271
818705 / 818704
برقياً: دانهضة، ص.ب 749-11
تلفاكس 232-4781-212-001

* المكتبة: شارع البستاني، بناية اسكندراني رقم ٣، غربي الجامعة العربية، تلفون: 818703 / 316202

* المستودع: بئر حسن، تلفون: 833180

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

كان عنوان الطبعة الأولى لهذا الكتاب والذي نشر عام ن١٩٨٤م هو «الأمراض السيكوسوماتية: الأمراض الجسمية النفسية المنشأ» أي الأمراض النفسجسمية، والذي ما زال حتى الآن وفي حدود علمنا أول كتاب بالعربية في موضوع الأمراض السيكوسوماتية.

وقد وجدت في الطبعة الحالية، أنه نظراً لكثرة البحوث التي قمت بإجرائها وغيري من السيكلوجيين، ونظرا لمتطلبات موضوعية تختص بالتقديم للأمراض السيكوسوماتية بمدخل عن الصحة النفسية، حيث تعتبر هذه الأمراض صورة من صور الانحراف عن الصحة النفسية، وجدت أنه نظرا لما سبق أن تخرج الطبعة الحالية مكونة من مجلدين مستقلين.

المجلد الأول: عنوانه «الأمراض السيكوسوماتية: في الصحة النفسية».

المجلد الثاني: عنوانه «الأمراض السيكوسوماتية: الدراسات والبحوث».

ويتضمن المجلد الأول ثمانية عشر فصلاً تتوزع على ستة أبواب. وتعتبر الفصول الخمسة الأولى التي يتضمنها الباب الأول إضافة في الطبعة الحالية للمجلد الأول وتختص بتاريخ الصحة النفسية وتعريفها، والسواء

واللاسواء، والصحة النفسية والنمو النفسي، وصور الانحراف عن الصحة النفسية كالذهان والعصاب والإدمان، والسلوك السيكوباتي، ثم موضوع الأمراض السيكوسوماتية: (والذي هو نفس أطروحة دكتوراه المؤلف ١٩٧٢) والذي، يتم تناوله ابتداء من الفصل السادس حتى الثامن عشر.

ويتضمن المجلد الثاني ثلاثة وعشرون فصلاً تتوزع على إحدى عشر بابا تختص بالبحوث التي أجراها المؤلف بعد الدكتوراه وهي من الفصل التاسع عشر حتى الفصل الحادي والأربعين(*). وتعتبر الفصول الستة الأخيرة أي من السادس والثلاثين إلى الحادي والأربعين إضافة في الطبعة الحالية، وتتناول تلك الفصول العوامل النفسية في مرض السكري، وفي مرض الجهاز البولي والتناسلي وعلاقتهما بالكفاية الإنتاجية، كما تتناول علاقة التحديث بالاضطرابات السيكوسوماتية، وأخيراً الاسهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية منذ بحوث العالم الكبير مصطفى زيور في الأربعينات من وجهة نظر التحليل النفسي حتى البحوث السيكومترية التي بدأت في مصر بأطروحة دكتوراه المؤلف عام ١٩٧٢ تحت إشراف العالم الكبير المرحوم السيد محمد خيري وما تلاها بعد ذلك من بحوث وأطروحات للماجستير والدكتوراه سواء تلك التي أشرف عليها أوقام بها المؤلف، أو تلك التي أشرف عليها أو قام بها سيكلوجيون آخرون.

والله الموفق

جمهورية مصر العربية
المعادي ـ القاهرة

المؤلف
١٩٩٤

(*) يتناول الفصل الحادي والأربعين عرضا لاسهامات السيكلوجيين المصريين في دراسة الأمراض السيكوسوماتية خلال نصف قرن تقريباً من الأربعينات حتى عام ١٩٩٢ وهي تعتبر قليلة العدد جداً.

تصدير الطبعة الأولى

للدكتور مصطفى زيور

يسعدني أن أقدم للقارىء العربي وخاصة المهتمين بالبحوث النفسية كتاب زميلي الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل في «الأمراض السيكوسوماتية» وهو عن علاقة الأمراض السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة، ذلك أن هذا الكتاب يعالج مشكلة لم يتصد لها ـ فيما أعلم أي مؤلف عربي من قبل. ثم إن هذا الكتاب يقتضي معرفة عميقة بطبيعة ميداني علم النفس أعني ميدان علم نفس الأعماق أي التحليل النفسي، وميدان علم النفس التجريبي الذي يشمل القياس النفسي والتجريب. وبطبيعة الحال يقتضي الانشغال بمثل هذا المبحث الذي تصدى له الأستاذ الدكتور محموع السيد أبو النيل معرفة بأسلوبي البحث في كلا الميدانين، وهذا هو ما يميز مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس. وينفرد هذا الكتاب ببحث علاقة قضية خاصة من قضايا علم نفس الأعماق أعني مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالتوافق المهني في الصناعة وهو موضوع ينبثق من الميدانين معا.

وهكذا يتبين صدق فلسفة مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس من حيث العلاقة الحميمة بين أسلوبي البحث السابق ذكرهما، ولست أعرف كيف كان يستطيع مؤلف هذا الكتاب أن يبحث موضوع كتابه إذا كان عاطلاً عن معرفة عميقة بأحد ميداني علم النفس. فالعلاقة بين هذين الميدانين لا

تقوم على التعسف أو التلفيق، بل أن المجهلة في أحدهما يضيق منها أفق العلم بالنفس فتنقلب الحقيقة وهما.

وسبق لأساتذة مدرسة عين شمس في علم النفس أن نشروا بحوثاً نموذجية في تعانق الأسلوبين وأخص بالذكر الأساتذة د. فرج أحمد، ود، فرج طه.

ومن المسائل الهامة في فلسفة مدرسة علم النفس بجامعة عين شمس أن الاخصائيين النفسيين من خريجي هذه المدرسة بوسعهم أن يتناولوا مشاكل تعتبر في نهاية الأمر من اختصاص الطبيب فقرحة المعدة مثلا (وهي مما يدخل الآن في نطاق الأمراض السيكوسوماتية) وهي إصابة في عضو المعدة يقوم الطبيب بتشخيصها وهو الذي يعرف بالإضافة إلى ذلك بأثولوجيتها، ورغمها فإن البحث المنشور في هذا الكتاب يقوم دليلاً على أن صاحبه وهو أستاذ في مدرسة علم النفس سابقة الذكر استطاع كنتيجة لسالف إعداده العلمي المنبثق من فلسفة بعينها أن يدرس العلاقة بين الأمراض السيكوسوماتية وبين التوافق المهني في الصناعة كما سيجيء تفصيل ذلك كله في هذا الكتاب.

ولكي يدرك القارىء أهمية هذا البحث تنبغي الإشارة إلى أن الأمراض السيكوسوماتية لا تدرس بوصفها كذلك في مقررات كليات الطب في مصر، وبالتالي فإن الهيئات الطبية المصرية بالمؤسسات على سبيل المثال بوسعها أن تشخص أمراض ارتفاع ضغط الدم الجوهري وقرحات المعدة والأثنى عشر بوصفها أمراضا بدنية على حين أن التقدم الطبي في الولايات المتحدة ومعظم بلاد أوروبا الغربية يعتبرها أمراضا سيكوسوماتية في الوقت الذي يقف منها جمهرة من أطبائنا موقفا مختلفاً من حيث علم السببية Etiology ومن حيث العلاج، ولا يخفى على القارىء فداحة الخسائر المادية والمعنوية الناجمة من جراء هذا الموقف في مصر.

وقد فطن الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل عندما كان يعمل

مستشاراً نفسياً ببعض المؤسسات الصناعية إلى جسامة هذه الخسائر فقام ببحثه الدقيق المنشور في هذا الكتاب مستنداً كما سبق القول إلى علم نفس الأعماق من ناحية وعلم النفس التجريبي (القياس النفسي) من ناحية أخرى.

ولكي يتضح للقارىء الأهمية القصوى لهذا البحث الرائد، لا بد لي أن أوضح باختصار طبيعة الأمراض السيكوسوماتية.

يثير مصطلح سيكوسوماتي إلى وجود سببية سيكلوجية وراء أعراض بدنية على أن هذه السببية التي نبهنا إليها كانون Cannon في كتابيه الشهيرين[1] «التغيرات الجسمية في الألم، الجوع، الخوف، الغضب» و «حكمة الجسم» يختلف مسار نتائج الانفعالات فيها عن مصيرها فيما يطلق عليه في الطب النفسي هيستيريا التحول Conversion إذ ينشأ التحول في الهيستريا عن صراع انفعالي يقع قطباه تحت وطأة الكبت، وبناء على طواعية جسمية يتحول الصراع النفسي فيها إلى عرض بدني هو في صميمه تعبير رمزي للتسوية بين الرغبة والدفاع، على حين أننا نجد الأمر في الأعراض السيكوسوماتية جد مختلف فارتفاع ضغط الدم الجوهري على سبيل المثال في حالة الغضب الشديد ليس تعبيراً رمزياً للغضب وإنما هو كما وضح من تجارب كانون، جزء لا يتجزأ من حال انفعال الغضب نفسه وذلك من جراء ميكانيزمات جسمية تتم في الجهاز العصبي اللاإرادي Autonomic Nervous system وقد لخص كيف Kempf[2] الأمر عندما رأى أن أي إثارة خطيرة من الخارج أو من الداخل تؤدي إلى انفعال شديد تتبعه استجابات تعويضية لمواجهة الإثارة الخطيرة. وتتلخص هذه الاستجابات التعويضية في أن الجهاز العصبي اللا إرادي يستنفر الأعضاء الحشوية لاتخاذ ما ينبغي لمواجهة الموقف الخطير، كأن يستنفر زيادة مقدار

---

(١) Cannon, W,B.; Bodily Changes in pain, hungr, Fear and rage, Appleton, 1929. The Wisdon of the Body, Norton, 1933.

(٢) Kempf, E, G.; She autonomic Functions and the Personality, N. Y.

الجليكوجين والادرنالين في الدم وبزيادة نسبة تخثر الدم وارتفاع ضغط وغير ذلك من الاستجابات الحشوية Vegetative بحيث يصبح الكائن الحيوي مهيأ لمواجهة الموقف بالنضال أو الهرب. فإذا كان الفرد واقعاً تحت حالة عصابية من الغضب المكتوم فإننا نتوقع آنذاك أن تزداد هذه الاستجابات الحشوية ومن بينها ارتفاع ضغط الدم الجوهري.

ومن الواضح أن الأمر في هذه الحالة لا يمكن شفاؤه شفاء حاسماً بتعاطي مهبطات ضغط الدم إذا كانت الحالة العصابية المثيرة لانفعال الغضب أمراً مزمناً لا بد أن ينتهي إلى فساد في خلايا بعض الأعضاء الحشوية كالقلب والكي وغيرهما فضلاً عن إهدار الطاقة الحيوية.

فإذا انتقلنا لقطاع معين من الأفراد مثل عمال المصانع وقائدي المركبات ممن يعانون من هذه الاضطرابات السيكوسوماتية لتبينت لنا فداحة الخسائر في المال والعائد الاقتصادي فضلاً عن السلامة البدنية للعمال أنفسهم.

إن هذا الكتاب الذي يفصل فيه الأستاذ الدكتور محمود السيد أبو النيل القول عن بحثه في موضوع علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة يعتبر فيما أرى كسباً عظيماً في ميدان التنمية في مجتمعنا وهو شغلنا الشاغل في الحقبة التي نمر بها.

دكتور مصطفى زيور
دكتور في الطب ورئيس العيادة النفسية
والسيكوسوماتية بكلية الطب بباريس سابقاً
أستاذ علم النفس بكلية الآداب
جامعة عين شمس

مقدمة الطبعة الأولى (*)

هذا هو أول كتاب يظهر بالعربية عن الأمراض السيكوسوماتية، وبظهوره يكون قد أعيد للعلماء العرب كالرازي وابن سينا مكانتهم البارزة في وضع اللبنات الأولى للنظرية السيكوسوماتية، والذي اعترف باسهاماتهم فيها علماء الغرب من أمثال ستافورد كلارك والذي ذكر في كتابه «الطب العقلي اليوم» Psychiatry-to day الكثير من حالات الأمراض القلبية وغيرها والتي عالجها ابن سينا علاجاً نفسياً. ونشير منذ البداية أن الرأي في هذا الكتاب هو لعلم النفس ونعني بذلك استخدام الأساليب السيكومترية للكشف عن العوامل النفسية في تلك الأمراض والتي شخصت من قبل المتخصصين من الأطباء ويحضرني في هذا المقام فضل أستاذي الدكتور لويس كامل في تعليمي القياس النفسي.

ويمثل هذا الكتاب عدداً من الأبحاث التي قام بها المؤلف وعلى رأسها الرسالة التي نال بها درجة الدكتوراه عام ١٩٧٢ تحت إشراف الأستاذ الدكتور السيد محمد خيري أستاذ علم النفس وعميد كلية الآداب جامعة عين شمس حينئذ ثم واصل المؤلف بعد ذلك إجراء المزيد من الدراسات التي تدور حول نفس موضوع الأمراض السيكوسوماتية، والدراسات التي يشملها الكتاب هي:

(*) مكتبة الخانجي بالقاهرة ص. ب ١٣٧٥ (١٤٠٥هـ = ١٩٨٤م) رقم الابداع ٧٠٩٩/ ٨٤.

(١) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة، وهذه الدراسة هي نفسها موضوع رسالة الدكتوراه؛ (٢) العلاقة بين الاضرابات السيكوسوماتية في الصناعة، والصفحة النفسية للذكاء؛ (٣) العوامل النفسية في أمراض الجهاز التنفسي، دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين؛ (٤) العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية وجوانبها الإرشادية والتربوية؛ (٥) علاقة ظروف العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على اختبار كورنل؛ (٦) العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة؛ (٧) العلاقة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية؛ (٨) العوامل النفسية في أمراض الصداع النصفي. وهذه الدراسات ابتداء من الثانية حتى الدراسة الثامنة منشورة في حوليات كلية الآداب جامعة عين شمس، والمجلة الاجتماعية القومية، ومجلة التربية في قطر، ومجلة جامعة الإمارات العربية المتحدة. ولقد تم إعادة كتابة هذه الدراسات وصياغتها مرة أخرى. ولقد كانت الطابع العام للعوامل النفسية الذي استهدف في هذه الأمراض يعتمد على استخدام الأساليب السيكوسوماتية المباشرة كاختبارات الذكاء والقدرات العقلية الخاصة، والاستبيانات التي تقيس الشخصية والروح المعنوية، وكذلك الأساليب السوسيومترية التي تهتم بالكشف عن مكانة الأفراد، وذلك لندرة استخدام مثل هذه الأساليب المباشرة في الدراسات والبحوث السابقة من جهة، ولموضوعيتها من جهة أخرى.

ونظراً لأهمية العمليات النفسية اللاشعورية فإننا نأمل أن نقدم للقارىء العربي فيما بعد بحوثاً استخدمت فيها الأساليب الإسقاطية كاختبار تفهم الموضوع وبقع الحبر لرشاخ والمقابلة للكشف عن علاقة الجوانب المسقطة في الشخصية بهذه الأمراض في بيئات عربية.

وأخيراً نقدم هذا الكتاب للباحث والمعالج والطالب في مجال علم النفس والطب، وفي مجال علم الاجتماع والتربية، وللقارىء العادي أيضاً إيماناً منا بالقول المأثور «في المعرفة الشفاء» راجين أن نكون بهذا العمل المتواضع قد اسهمنا من قريب أو بعيد به في سد فراغ قد يكون بالمكتبة العربية والله ولي التوفيق.

المؤلف

الباب الأول

الصحة النفسية ومدى انتشار الانحراف عنها

الفصل الأول : تاريخ الصحة النفسية ومدى الانتشار في المجتمع.
الفصل الثاني: معنى الصحة النفسية، السواء واللاسواء.
الفصل الثالث: الصحة النفسية والنمو النفسي.
الفصل الرابع: حيل وأساليب التوافق.
الفصل الخامس: صور الانحراف عن الصحة النفسية.

الفصل الأول

تاريخ الصّحة النفسيّة ومدى انتشار الانحراف عن الصّحة النفسيّة

مقدمة: لقد وجدت معظم أنواع الانحرافات والشذوذ، والأمراض النفسية المعروفة لنا الآن منذ القدم بين جميع الشعوب. فالهستيريا وعته الشيخوخة والصرع عرفت في القبائل البدائية، ولدى المصريين القدماء وعند العرب في العصر الجاهلي وأرجعوها للسحر. ولعبت هذه الانحرافات دوراً هاماً في النظام الاقتصادي للبدائيين من خلال احتراف رجل التطبيب مهنة الطب، والذي كان يستخدم التمائم لإبطال مفعول السحر المسبب للمرض.

العصر اليوناني: وأن المتتبع لتاريخ الصحة النفسية يجد أن القدامي اعتبروا الشذوذ العقلي ناتجاً عن قوى فوق طبيعية. ولقد بذلت محاولات كثيرة لتحرير الفكر الإنساني من هذه النزعة وهي ربط المرض النفسي بالقوى الخارقة. ويعد ابقراط في القرن الخامس قبل الميلاد من العلماء والأطباء الذين عارضوا تسمية الصرع بالمرض المقدس إذ قرر ابقراط أنه مرض عقلي، وأن المرض العقلي مركزه المخ وأنه من الممكن علاج هذه الأمراض بدرجة كبيرة بوضع هؤلاء المرضي في جو مناخي معين وتقديم التغذية المناسبة لهم. وإلى جانب هذا يعتبر ابقراط من أوائل من عضدوا فكرة تدرج حدوث المرض العقلي بمعنى أن الفرق بين السواء واللاسواء Normality & Abnormality كمي أي فرق في الدرجة وليس في النوع، أي أنه ليس هنالك خط فاصل محدد بين السواء واللاسواء. وعلي الرغم

مما قدمه ابقراط للصحة النفسية إلا أنه ترك كتابات كثيرة تشير إلي الخلط والغموض في فكره وذلك لاعتقاده الأكيد في الطباع الأربعة تلك التي تزعم أن دم الإنسان تجري به مواد شديدة الصلة بالعناصر الأربعة وهي: الهواء والماء والنار والتراب والطباع الأربعة التي اعتقد فيها ابقراط هي: البلغمي والصفراوي والدموي والسوداوي.

العصر الروماني: وفي مدينة الإسكندرية في العصر الروماني نجد أن علاج الأمراض العقلية قد أخذ مجراه بشكل يلفت الأنظار كغيره مما ازدهر من علوم ونبغ من علماء في هذه المدينة من أمثال جالينوس ذلك العالم الذي سارت شهرته الآفاق لمدة تزيد علي ألف عام لما اشتهر في أبحاثه بالربط بين النواحي الجسمية والعقلية علي نحو لم يسبق إليه أحد في مجال الأمراض المختلفة ومنها الأمراض العصبية.

المسيحية: وبظهور المسيحية ادخلت الفكرة التي سيطرت وما تزال على عقول الناس والتي تتمثل في نسبة الأمراض العقلية إلى الجن والعفاريت وذكرت هذه الفكرة في «العهد الجديد» متمثلة في طرد الشيطان من الجسد.

ولقد كانت الطرق التي استعملت في ذلك الوقت وان كانت تبدو لنا الآن غير رحيمة وقاسية فإنها تعد محاولات لعلاج هذه الفئة من المرضي الذين كانوا يمرون بآلام مبرحة أثناء هذه العمليات العلاجية. ولقد شملت الإجراءات الطبية في ذلك الوقت وسائل لإشاعة الخوف والرعب في نفوس المرضي الذي يظهر عليهم الانطواء والتبلد وذلك بهدف تنبيههم. كما استعملت طرق ووسائل أخرى منها الكراسي التي كان يجلس عليها المرضي وتدار بسرعة كبيرة، كذلك استخدمت طريقة القاء المرضي من الأماكن العالية في حمامات باردة جداً وكان يطلق عليها اسم «حمامات دهشة» Surprise P. ولقد ابتدع بعض الأطباء عملية «التربنة» وكانت هذه العملية لا تجري بهدف طبي علاجي بل لإخراج الأرواح الشريرة من

الجمجمة كما كان يعامل المرضي كحيونات ضارية فيسلسلون إلي الحوائط في الحجرات التي ينزلون بها. ولقد استعمل في تقييد حركة المرضي كل وسيلة يمكن التفكير فيها، لدرجة أن ظهر محترفون لأداء هذه المهمة كالحدادين الذين يقومون بعمل الاصفاد وإلى جانب ذلك كان المرضي يوضعون في حجرات مظلمة لعدة سنوات وكثيراً ما كانوا يموتون أثناءها.

العصور الوسطي في أوروبا: ولقد انتشرت فكرة طرد الشيطان في أوروبا في العصور الوسطي وفي بعض الأحيان كان يجتاح أوروبا موجة من الهياج الهستيري وكانوا يطلقون عليه في ذلك الوقت «مرض الشيطان» ونظرا لأن دور الايحاء لم يكن متبلوراً في تسبيب الهستيريا في تلك العصور فإنه كان في إمكانية مريض هستيري أن يوحي لنزلاء دير بأكمله فيحولهم إلى هستيريين. ولقد ارتبطت الهستيريا في ذلك العهد بالسحر والشعوذه ارتباطاً كبيراً.

العصر الإسلامي: ولا يفوتنا أن نذكر أن العرب في مصر وفي غيرها من المدن العربية كدمشق وبغداد لم يفتهم العناية بمرضي العقول فبالإضافة إلى إنشاء مستشفيات خاصة بهم فقد قامت خدمة نفسية على مستوى عال من المهارة والاهتمام وخاصة في أيام العباسيين وعصر المأمون. وفي مصر اشتهر مستشفى قلاوون لأنه كان يهتم بعلاج ورعاية فئات مختلفة من المرضى من بينهم ذوي العقول المضطربة.

ولقد انشأ هذا المستشفى قلاوون سنة ١٢٤٨م وسمي «المارستان الكبير المنصوري» وفاء بنذر أخذه على نفسه عندما شفي من مرض بالقولون. وكان المستشفى يقبل للعلاج فيه المرضى من الجنسين ومن جميع المستويات الاقتصادية.. وقد خصصت بالمستشفى حجرات خاصة أو خلوات لمرضى العقل، ولقد أنشأ أحمد ابن طولون قبل ذلك عام ٨٧٣م أقدم مستشفى بالقاهرة وخصص فيها أيضاً قسماً لعلاج المرضى العقليين وكان يزور كل يوم مرضى المستشفى حتى جاء يوم تقدم منه مريض عقلي

وطلب منه رمانه فرمي بها وجه بن طولون بدلاً من أن يأكلها فامتنع بعد ذلك عن زيـارة المستشفى (٢: ١٢٦).

عصر النهضة: وفي القرن ١٦ السادس عشر نبعت فكرة إحياء الطب القديم «طب ابقراط». ومن أشهر الكتب التي تم تأليفها كتاب «تشريح الملانخوليا» لبيرتون Anatomy Of Melancholia by-Birton وعلي الرغم مما وجد في هذا الكتاب من عدم تمييز بين العوامل الطبيعية والعوامل فوق الطبيعية «الميتافيزيقية» في تسبيب الأمراض العقلية إلا أن الكتاب قد قدم تصنيفاً ووصفاً دقيقاً للأمراض العقلية.

ولقد حدث في القرن ١٧ السابع عشر تقدم كبير في وصف الأمراض العقلية وصفاً موضوعياً ويرجع ذلك إلى ما حدث في ذلك الوقت من أحداث هامة كان رد فعلها شاملاً كافة جوانب الحياة وفروع المعرفة وعلى رأسها هذه الأحداث قانون الجاذبية لنيوتن والذي تأثر به كافة الباحثون في ذلك الوقت تأثيراً كبيراً. وانتهى القرن السابع عشر بنجاح العلماء وتمكنهم من تصنيف الأمراض العقلية لا على أساس أنها مجموعة من الكوارث التي تصيب الإنسان وإنما علي أساس أنها مجموعة من الأنماط المرضية والشذوذ عن السواء Normality وأن هذه الأنماط يمكن تعيينها وتحديدها من خلال أعراضها المتباينة.

وظهرت في القرن ١٨ الثامن عشر حركات إنسانسة علمية في ميدان الأمراض العقلية. فمن الناحية الإنسانية تزعم بينل في فرنسا، ورسل في إنجلترا، وكيبوك في أمريكا حركة تحرير مرضى العقول من الأغلال التي تكبلهم. وكثيراً ما كان يلح الدكتور فيليب بينل F. Pinel في عام ١٧٩٣ علي الحكومة الفرنسية لكي تصبح معاملة المرضى العقليين معاملة رحيمة وقد كان بينل مديراً لمستشفى بيستر، ولقد طلب من الحكومة أن تسمح له بخلع الأغلال من أيدي المرضى وأرجلهم، ولقد سمح له بأن يبدأ تجربته بنزع الاغلال عن مريض واحد ولقد واجهت تجربته معارضة شديدة لا من

المسؤولين فقط بل ومن زملائه الأطباء الذين تنبأوا له بنتائج سيئة. وكان أول من قام بنزع اغلاله قبطان بآخرة انجلترا الحبشة وكان مربوطاً في إغلاله مدة أربعة سنوات. ولقد نجحت التجربة بعد أسبوع أعيدت التجربة مع ٥٠ مريضاً.

وفي النهاية تبين أن الرحمة في معاملة المرضى وعدم تقييد المريض قد أتيا بنتائج مشجعة، وانتهي علي أثر ذلك نظام قيد المرضى في المستشفى. وبعد ذلك بربع قرن تقريباً جاء أحد تلاميذ بينل فعمم هذه الإجراءات وظهرت آثار هذه الحركة بعد ذلك في انجلترا وأخذ الأطباء الإنجليز يحضرون إلى فرنسا ليروا بأنفسهم نتائج ذلك متمثلاً فيما تقوم به النساء المريضات من أعمال الحياكة والسلوك الجمعي الترفيهي. كما امتاز هذا القرن بهذه الصورة (تحرير المريض) بمناهضة الفكرة المسيحية التي تقوم بأن الإنسان حقير ومخطىء. وعلي أثر ذلك ظهرت حركة الاصلاح الاجتماعي، التي نادت بضرورة عمل مستشفيات لإيواء مرضى العقول.

حركة بيرز: ولا يكاد مرجع من مراجع الصحة النفسية اليوم يخلو من ذكر حركة كليفورد بيرز Cliford Bears ذلك الطالب في كلية الطب والذي مرض بمرض عقلي (حواز انتحار) دخل المستفى ثم شفي وخرج منها وكتب كتاباً بعنوان عقل وجد نفسه Amind that found it self وكتب أحد الأطباء العقليين (السيكاتريين) في أمريكا مقدمة لهذا الكتاب وذلك في عام ١٩٠٩. وقد سجل بيرز في هذا الكتاب ما كان يحدث في المستشفى.

ويمكن تلخيص الحركة التي تزعمها بيرز في ثلاثة أهداف: الأول العمل علي تغيير الاعتماد السائد بأن الأمراض العقلية لا يمكن علاجها، والثاني العمل علي اكتشاف الأمراض العقلية في مراحلها الأولى للوقاية منها قبل أن تصبح مستعصية والثالث تحسين الظروف الموجودة بالمستشفى (٢٥ : ٢٨٣).

ولقد امتاز القرن ١٩ التاسع عشر بالأبحاث العلمية عن مختلف

الأمراض وعلى أثر ذلك انتشر الوعي بالأمراض العقلية. فظهر في ألمانيا في منتصف القرن التاشع عشر الطبيب جرزنجر Gerzinger الذي تعمق في دراسة وتصنيف الأمراض العقلية وتبعه آخرون فكانت حصيلة أبحاثهم ودراساتهم التمكن من تصنيف الأمراض العقلية إلى ٣٠٠ ثلاثمائة تصنيف. وفي أحد المدن البلجيكية (مدينة تمبل) يوجد قبر لأحد القديسات التي فرت من محاولة أحد أقربائها اغتصابها إلى هذه المدينة لتستقر فيها حتى دفنت وأقاموا لها قبراً يزوره الناس. ولقد أثرت قصتها في أهل هذه المدينة جيلاً بعد جيل حتى اشتهروا بالطرق الإنسانية في معاملة المرضى العقليون.

وظهر في هذا القرن أيضاً تصنيف كريبلين Kraeplin لأمراض العقلية والذي تضمن ٢٠ عشرون تصنيفاً ما زالت سارية حتى الآن. وبعد كريبلين بدأ البحث في الجهاز العصبي حوالي عام ١٨٥٠م يعطي نتائج هامة مكنت الباحثين من معرفة العلاقة الموجودة بين أمراض المخ والأمراض العقلية ووضع في ذلك الوقت وصف مبدئي للشلل العام لدى المجانين.

وفي نهاية القرن التاسع عشر اجريت فحوص ميكروسكوبيه علي المخ افصحت عن وجود دلائل فسيولوجية ساعدت في الكشف عن أسباب الاضطراب العقلي في حالات الشيخوخة وفي حالات التسمم والاصابات العضوية وحالات الصرع. كما جاء علماء الأعصاب والطب العقلي الفرنسيون في الربع الثالث من القرن التاسع عشر ١٩ بوصف فكرة الأيحاء وبينوا علاقة الايحاء بالهستيريا، كام ظهر في باريس الطبيب شاركوه Charkoet وأتباعه الذين أوضحوا أن هناك بعض الوظائف التي يمكن أن تسير في نشاطها مستقلة، أي أن بعض الأفعال قد تحدث لا شعورية مثل التجوال النومي.

التفسير النفسي: ولقد بدأ بعد ذلك التفسير السيكولوجي الصرف بالأمراض العقلية في كتابات بروير، وفرويد عام ١٨٨٠ وهما يفترضان وجود صراع ينشأ بين الدوافع فينتج عن ذلك الصراع كبت أو إنكار لهذه

الدوافع، وهذه الرغبات المكبوتة تستمر في نشاطها حتى علي الرغم من انها لا تحتل أي مكان في الشعور لأنها في نضال لكي تجد تعبيراً عنها ولقد وجد ذلك الصراع في أعراض الهستيريا وبعض الأمراض العقلية ومحور الدراسة الأحلام وبعض الظواهر النفسية اليومية التي كانت غامضة كالهفوات وغيرها.

وفي عام ١٩٠٠ ظهر علم النفس المرضي نتيجة حدوث ارتباط بين الطب العقلي وعلم النفس التجريبي على يد كريبلين الذي بـذل جهداً كبيراً في السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر في عمل المقارنات بين العمليات العقلية السوية والعمليات العقلية الشاذة. كما قام بعمل دراسات تجريبية عن الشذوذ العقلي الناتج عن التعب والجوع وتناول العقاقير وتعاطي المخدرات وذلك تحت ظروف مضبوطة علمياً.

القرن العشرين: ولقد جاء القرن العشرين ١٩٠٠ والدراسات التجريبية على الشواذ آخذة في التقدم. وقد ساعد علم نفس الطفل هذه الدراسات مساعدة فعالة، فالدراسات الدقيقة للنمو النفسي لدى الطفل تحت ظروف علمية نسبياً في الحضانة قد أضافت قدراً كبيراً جداً من المعرفة لما توصل إليه الأطباء العقليون من نتائج والذين يهتمون بالكشف عن الأسباب المختلفة التي تكمن وراء مشكلات الأطفال خاصة أن نسبة كبيرة جداً من سوء توافق الشباب والبالغين ناتج عن الخبرات النفسية والمعاملة القاسية التي عوملوا بها أثناء طفولتهم. ولقد أسهم هذا التعاون بين الطب العقلي وعلم نفس الطفل في الوقاية من الانحراف والكشف عن المظاهر المختلفة للشذوذ والاضطراب النفسي (٥ : ١).

مدى انشار وآثار الانحراف
عن الصحة النفسية

مقدمة: إذا كنا قد أوضحنا في البداية أن الصحة النفسية كما عرفتها هيئة الصحة العالمية هي كافة الاجراءات التي تتخذ من أجل الوقاية والعلاج للاضطراب النفسية، وكافة صور السلوك التي يطلق عليها مفهوم «سوء التوافق» فإنه يجدر بنا تقديم عرض وافي لأشكال هذا السلوك وصوره المختلفة، والتي يصفها لورانسي شافر بأنها «شذوذ في الإدراك والتفكير والتوافق».

مدى الانتشار والآثار الاجتماعية والاقتصادية: تبذل جميع الدول الكثير من الجهد والمال في سبيل القيام بكافة الإجراءات التي تعمل على الوقاية من وقوع أبناءها في هذه الاضطرابات والانحرافات. وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر البلاد التي تنفق على برامج الصحة النفسية، ويوجد في الولايات المتحدة في أي فترة حوالي ٥٨٠ خمسمائة وثمانية ألف مريض في مستفيات الأمراض العقلية. وفي خلال العام الواحد يدخل المستشفيات ١٤٢ مائة واثنين وأربعين ألف مريض جديد ويعاد إدخال ٤٤ أربعة وأربعون ألف مريض مرة أخرى لحاجتهم إلى الرعاية مرة أخرى. كما تذكر الإحصاءات أن من يموتون داخل مستشفى الأمراض العقلية عددهم ٤٦ ستة وأربعين ألف مريض، ويدخل فيهم الذين يعانون من مرض «عتة الشيخوخة».

والأرقام السابقة مأخوذة من الإحصائيات الرسمية لكنه يجب ألا يخفي على أذهاننا أن هناك نسبة من المرضي العقليين يلقون الرعاية في منازلهم أو في العيادات الخاصة للأطباء النفسيين، ولا يخفي علينا حجم هذه المشكلة بإضافة النسبتين على بعضهما.

ويرجع الأمريكان الزيادة في عدد المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية والذي بلغ ٤٥٠ أربعمائة وخمسين ألف في عام ١٩٣٥، ٥٨٠ وخمسمائة وثمانين ألف في عام ١٩٤٥ لا إلى الضغط المطرد بشدة في الحياة الحديثة لكن إلى توفير الرعاية داخل المستشفيات والتي يحتاجون لها، وإلى التحسن في قبول الجهود للتسهيلات التي تم إدخالها على تلك المستشفيات (٢٤: ٣٤٩).

أما في انجلترا وويلز فقد بلغ في نهاية عام ١٩٤٩ نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية فيهما ١٥٠,٠٠٠ مائة وخمسون ألفاً من المرضى، كما بلغ عدد من يعانون من الضعف العقلي . . . ,٣٠٠ ثلاثمائة ألف وذلك في نفس الفترة، ويتلقى الرعاية في المؤسسات ٤٥,٠٠٠ خمسة وأربعين ألف منهم. ويتضح من خلال تحليل تلك الإحصائيات أن ٣ ثلاثة من كل ألف من عدد السكان يدخلون كمرضى في المستشفى العقلي، وواحد من كل ألف من السكان يدخل مؤسسة ضعاف العقول. كما أنه مما يشير إلى حجم المشكلة في هذين البلدين (انجلترا وويلز) أن ثلثي (٦٨٪) عدد الأسرة التي في المستشفيات سواء كانت خاصة بمرض عضوي أو حوادث أو جروح يشغلها مرضى عقليون. وتلك الأرقام لا تشمل نسبة العصاب النفسي بين السكان والذين يشكلون من ٨ - ١١ في الألف من السكان. ويذكر دكتور بليكر Blacker C.B. في كتابه «العصاب وخدمات الصحة النفسية عام ١٩٤٦ أن عدد العيادات المختصة بالاضطرابات الانفعالية عند الأطفال في إنجلترا وويلز وشمال إيرلندا يصل إلى ما بين ١٥٠ - ١٧٥، ٢٦ ستة وعشرون في لندن، ١٢٣ في باقي إنجلترا، ٧ سبعة في ويلز (٤١: ٢٥٩).

العلاقة بين مدة الإصابة بالاضطرابات العقلية وبين مجموع السكان:

قام لانذر، وبيج Landis & Page في مؤلفهما Modern Society and Mental Diseasse المجتمع الحديث والأمراض العقلية عام ١٩٣٨ بمحاولة للربط بين مدة الإصابة بالاضطرابات العقلية وبين مجموع السكان فتوصلا لما يأتي:

١ ـ حوالي ٥ خمسة من كل ألف ينزلون بأحد المستشفيات العقلية خلال فترة ما من كل عام.

٢ ـ حوالي ١٥ خمسة عشرة من كل ألف في حاجة جدية إلى الرعاية الطبية العقلية أما داخل المستشفيات أو خارجها.

٣ ـ من كل ألف يولدون سينزل ٥٠ خمسون منهم بأحد المستشفيات العقلية خلال فترة ما من حياتهم (١٥: ٣٤٩).

وفي تقدير آخر للكشف عن العلاقة بين انتشار هذه الانحرافات وبين مجموع السكان وجد ما يلي:

١ ـ واحد من بين كل ٢٠ عشرين سيؤدي به الأمر للمستشفى العقلي وستضطرب الحالة النفسية لواحد آخر منهم في يوم ما. ومعنى ذلك أن ١٠٪ ممن يولدن سيعانون من انحرافات عقلية شديدة.

٢ ـ سوف تلجأ أسرة واحدة من بين كل خمس أسر سنوياً للطبيب العقلي طلباً لمساعداته مما يلحق أفرادها من انحراف عن الصحة النفسية (١٤: ١٠).

الآثار الاقتصادية: ومما يشير إلى أن الانحراف عن الصحة النفسية ينتج خسائر اقتصادية كبرى ما انفق بالولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٤٥ للوقاية والعلاج من هذه الانحرافات فبلغ إجمالي ما انفق ١٦٥ مليون دولار لنسبة ٨٥٪ من المرضي لأن النسبة الباقية وهي ١٥٪ تعالج تبع المجالس المحلية والريفية. كما أن عدد الأسرة التي

يشغلها المرضى العقليون تصل إلى النصف من حوالي المجموع الكلي لعدد هذه الأسرة. كما أن عدد الموظفين الذين يقومون بالخدمة في هذه المستشفيات يبلغ عددهم ٦٣ ثلاثة وستون ألف موظف (٢٤ : ٣٤٩).

وفي الجيش الأمريكي بلغت ميزانية بحوث التدريب والأفراد ٤٠٠ أربعمائة مليون دولار (Allusi, 1987)، كما يصل عدد الاخصائيين النفسيين المدنيين الملتحقين بالجيش للقيام بالخدمات النفسية ٦٠٠ ستمائة أخصائي نفسي في معامل الجيش والبحرية والطيران إضافة إلى عدد آخر من الاخصائيين الذي يعملون بعقود (٤٣ : ٤٣ ـ ٥٤).

وهذه بالنسبة للانحراف الشديد في الصحة النفسية كالذهان والمرض العقلي أما الانحراف البسيط عن الصحة النفسية أي العصاب فيذهب الكثير إلى أنه من الصعب تقدير هذه الفئة كما سبق تقدير الفئة السابقة لأن من يعانون هذه الانحرافات لا يذهبون إلى المستشفيات فالناس جميعاً يعانون من حالة عصاب في فترة ما من حياتهم، وأن حوالي ١٠٪ من السكان يعانون باستمرار من العصاب. ولقد ذهب اندرسون Anderson في كتابه عن الطب النفسي والصناعة (١٩٢٩) أن نسبة من ١٢ ـ ٢٠٪ من الموظفين في المحلات التجارية تعوقهم الحالة الانفعالية وغيرها من العصاب.

وبصرف النظر عما ينفق في سبيل الوقاية والعلاج من الانحرافات النفسية فإن هذا لا يعدل ما يعانيه هؤلاء من الشقاء وسوء التوافق في حياتهم اليومية والتي تتمثل في عدم قدرتهم على الاحتفاظ بأعمالهم كما انهم لا يستطيعون الحياة حياة سعيدة مع أزواجهم أو أبنائهم ويكونون في حالة شقاء دائم. وان دراستنا لتلك الأشكال من الانحرافات ليفيد في فهمها كما يفيد في كيفية ضبطها وشفائها (٢٤ : ٣٤٩).

وفي الصناعة الأمريكية وجد أن ثلثي المتغيبين من العمال الصناعيين يرجع غيابهم لأمراض عصابية وتقدر الإحصائيات أن تأثير أشكال الانحراف عن الصحة النفسية على الاقتصاد يصل في امريكا إلى ١٧٥٠ ألف سبعمائة وخمسين مليون دولار سنوياً من الأرباح المتوقعة نتيجة سوء التوافق.

وفي الجيش الأمريكي استبعد ١٨٪ من المتقدمين للخدمة العسكرية في الحرب العالمية الثانية لأنهم غير لائقين انفعالياً وعقلياً. وقبل نهاية الحرب وجد أن ثلث (٣٣,٣٪) الأشخاص الذين طردوا من الخدمة العسكرية طردوا من الخدمة العسكرية لأنهم سيىء التوافق (٢٣ : ٩).

أما في الجيش الألماني فقد تم الاهتمام بدراسة الكثير من نواحي الصحة النفسية والعوامل المرتبطة بها كالغياب والروح المعنوية والحالات الانفعالية المختلفة (٤٤ : ٢٦٤).

الفصل الثاني

معنى الصّحة النفسية : السواء واللاّسواء

معنى الصحة النفسية: أطلق ماير Adolf Mayer وكليفورد بيرز Clifford Beers اسم الصحة النفسية Mental Hygiene على المجهودات الثابتة المخططة التي تبذل للمحافظة على الصحة النفسية والوقاية من المرض العقلي، باعتبارها جهوداً تؤدي إلى نتائج تؤثر على الحياة الشخصية والاجتماعية والاقتصادية لبني البشر.

وتدعيماً لذلك انشئت في عام ١٩٠٩ بأمريكا اللجنة القومية للصحة النفسية، كما أقيمت كذلك معاهد منفصلة خاصة بالصحة النفسية. وأخيراً عرفت الجمعية الأمريكية للصحة النفسية هذا المفهوم (الصحة النفسية) بأنه يشمل: الاجراءات التي تتخذ لخفض انتشار الأمراض العقلية بالوقاية والعلاج المبكر (٢٣ : ٧٨).

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة «الأنـا» على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع أو في التوصل للصراع الذي ينشأ بين هذه الأجهزة وهذه الأجهزة هي: الأنا ـ الهي ـ الأنا الأعلى حيث يمثل الأنا الواقع وتمثل الهي الغرائز، ويمثل الأنا الأعلى، القيم الاجتماعية (١٦ : ٣٦، ٤٦).

ومن ناحية أخرى فلقد حاول البعض الاقتصار في تعريفهم لمفهوم الصحة النفسية على: خلو الفرد من الأعراض المرضية كالقلق والتوتر والصراع والوساوس. إلا أن مثل هذا التعريف لا ينطوي على شيء من

الواقعية لأنه لا يوجد إنسان عادي خالي من قدر من القلق والتوتر والصراع، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن هذا التعريف لا يتناول إلا الجانب النفسي من حيث علاقته بالصحة النفسية مهملاً الجانب الاجتماعي والاختلافات مع الآخرين ودورها في الصحة النفسية، إلا أنه في مقابل ذلك يرى البعض أن ارتفاع القلق لا يمكن أن يكون علامة على سوء التوافق فكثيراً ما يكون ارتفاع القلق علامة على بغض الحياة وتحدياً لصعابها وعدم تقبل للاستسلام. فالأمم تعاني من القلق بقدر ما يكون حظها من التقدم بينما تبتعد الأمم عن القلق بقدر ما يكون نصيبها من التخلف (١٢ : ٥).

ولقد انبثق عن النقد الذي وجه لهذا التعريف تعريف أعم وأشمل لمفهوم الصحة النفسية.

ويركز هذا التعريف على أن الصحة النفسية تعني: توافق الفرد توافقاً ذاتياً وتوافقاً اجتماعياً ويتمثل التوافق الذاتي في قدرة الفرد على حل صراعاته وتوتراته الداخلية باستمرار حلاً ملائماً، ويقصد بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على إقامة علاقات مناسبة ومسايرة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها ويحظى في نفس الوقت بتقدير وتكريم واحترام الجماعة لأرائه واتجاهاته.

ويضيف البعض إلى مفهوم الصحة النفسية عملية التطور لا التوافق أو التكيف فقط فيقول: إن الصحة النفسية تقتضي القدرة على التكيف والتطور معاً. فالفرد أو المجتمع أو الكائنات الحية بوجه عام في إطار هذا التعريف تحتاج على مر الزمان إلى قدر من التوافق والتكيف مع قدر من التطور وذلك لأن التكيف التام يؤدي إلى درجة من الجمود والملل قد تنتهي بالموت أو تتساوى معه. ففي عالم الحيوان عندما وصلت بعض الأنواع إلى قمة درجة التكيف فتوقفت عن التطور وترتب على هذا التوقف ان صارت في حالة من الجمود جعلتها لا تستطيع أن تواجه الظروف الجديدة،

فانقرضت كالديناصور الذي وصل إلى قمة التكيف من حيث حجم الجسم والعضلات والقوة البدنية إلا أنه لم يستطيع أن يواجه (بالتطور) تغير الظروف من قلة الغذاء أو التنقل السريع من مكان لمكان فانقرض.

لكن الإنسان يختلف عن سائر الحيوانات لأنه يستطيع عمل التغيير والتجديد اللذان يمكنانه من مواجهة الظروف المختلفة (٢٦ : ٢٤).

ويذهب فرانسسكو جاميريل Francesco Gamberale (١٩٩٢) إلى أن مفهوم الصحة Health يعني غياب المرض disease، ويذهب إلى القول أيضاً أن فائدة استخدام المفهوم السلبي للصحة يؤدي إلى التعريف الإجرائي للصحة ذلك الذي يخضع للقياس الموضوعي. وحسب منظمة الصحة العالمية world Health organization (WHO) «فإن الصحة لا تعني فقط غياب المرض لكن تعني الدرجة القصوى من الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية للكائن البشري... والصحة لا تعني فقط التخلص من الألم والمرض لكن تعني الدرجة القصوى من الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية للكائن البشري»... والصحة لا تعني فقط التخلص من الألم والمرض لكن تنمية وتحصيل واكتساب المزيد من القدرات الوظيفية (٤٥ : ٢٠٧ ـ ٢١٨).

السواء واللاسواء

يقول دافيد ستافورد كلارك David stafford-Clark في كتابه Psychiatry to - day يتحدد اللاسواء بناءً على:

١ ـ الشدة.
٢ ـ الاستمرار.
٣ ـ عدم تناسب الاستجابة مع المثير.

ويقصد «بالشدة» أن الأعراض كالقلق والتوتر والاكتئاب قد تعمقت في الذات وأصبح تأثيرها واضحاً وبشكل بارز يظهر في معاناة الشخص منها. ويعني «بالاستمرار» أن هذه الأعراض موجودة لدى الفرد منذ مدة طويلة وما زال يعاني منها. أما ما يقصد «بعدم تناسب الاستجابة مع المثير» فهو أن الفرد في استجاباته المختلفة لمن يحيطون به ولكافة المثيرات الموجودة في البيئة لا تكون هذه الاستجابات مناسبة للمثير وذلك لعدم مسايرة هذه الاستجابات لما هو متفق عليه بين أعضاء الجماعة أو في المجتمع أو في الثقافة.

وفي فصل آخر (الحياة العقلية العادية) من كتابه السابق يقول ستافورد كلارك: أن ما يقبل على أنه «سواء» في مجتمع يختلف بصورة كبيرة في مجتمع آخر فلا يقبل على أنه كذلك (٤١ : ٢٣٤).

محكات الشخصية السوية: يتفق الكثير من علماء النفس (كوفيل ـ متلمان ـ مازلو) على أن الشخص السوي يتمتع بالخصائص التالية:

أ ـ شعور مرتفع بالأمن: ويتمثل ذلك في سعي الإنسان سعياً كبيراً من أجل حماية ذاته وتأمينها، والوقاية من الأخطار المحيطة به سواء كانت هذه الأخطار في البيئة أو في الأشخاص والمؤسسات المختلفة.

ب ـ قدرة عالية من الاستبصار وفهم وتقويم الذات: ويتضح ذلك في وصول الفرد إلى درجة عالية من الرضى الذاتي عما يقوم به من أعمال وما يرغب في القيام به من أفعال.

جـ ـ عدم وجود فجوة وهوة كبيرة بين أهداف الحياة التي يضعها الفرد لنفسه وبين قدراته وفاعلية علاقاته الإنسانية بالآخرين.

د ـ ثبات الفرد في أقواله.

هـ ـ الاستفادة من الخبرة السابقة.

و ـ تناسب انفعالات الإنسان مع المثيرات والمنبهات التي قد يتعرض لها.

ز ـ قدرة الفرد على الموازنة بين تلبيته لحاجات الجماعة وبين استقلاله الذاتي.

حـ ـ إشباع الحاجات الفسيولوجية بشكل مقبول (٢٣ : ٧٨).

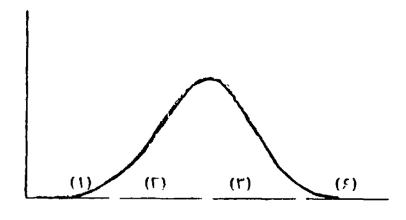
وفي ضوء الخصائص السابقة فإن الشخص السوي هو الذي يرسم لنفسه مستوى من الطموح مناسباً لقدراته وإمكانياته الشخصية، وهو الشخص الذي يتحمل مسؤولية أعماله ويتمسك برأيه واستقلاله الذاتي بصورة تساير أهداف الجماعة ومثلها وقيمها. كما أنه في نفس الوقت يكون قادراً على التفاعل والتعاون مع الآخرين وتلبية حاجاته الفسيولوجية بشكل لا يتعارض مع المعايير السائدة وحب وتقدير الجماعة له.

معايير السواء واللاسواء

ان ما ينظر إليه على أنه «سوى» في مجتمع قد ينظر إليه على أنه «لا سوى» في مجتمع آخر. بل انه داخل الثقافة الواحدة تتعدد الثقافات الفرعية Subcultures ويختلف «السواء» و «اللاسواء» في مفهومه ومعناه في كل ثقافة من هذه الثقافات الفرعية عن باقي الثقافات.

ولقد اختلفت الآراء ووجهات النظر فيما يتعلق بتحديد «السواء» و «اللاسواء». ويطلق في نهاية الأمر على هذه الآراء ووجهات النظر المتعلقة بالسواء واللاسواء اسم «معايير السواء واللاسواء» وأهم هذه المعايير: (١) المعيار الاحصائي، (٢) والمعيار الثقافي، (٣) والمعيار المرضي، (٤) والمعيار المثالي، (٥) والمعيار الطبيعي. وسنتكلم فيما يلي عن هذه المعايير كل على حدة.

(١) **المعيار الإحصائي**: فكرة المعيار الإحصائي مستمدة من خصائص المنحنى الاعتدالي النموذجي والذي يقوم على أساس توزيع درجات عينة ممثلة للمجتمع على اختبار من اختبارات الذكاء أو القدرات أو بعض الخصائص الأخرى ويكون شكل التوزيع كما هو واضح في الرسم الآتي:



والتوزيع الاعتدالي النمودجي من أهم خواصه الإحصائية أنه متماثل أي أن نصفه الأيمن ينطبق على نصفه الأيسر وأن متوسطه يساوي صفـراً (١١ : ٢٠٣).

ويفيد منحني التوزيع بالصورة السابقة في معرفة السواء واللاسواء (العادي والشاذ) بالنسبة للسمات والخصائص العقلية المختلفة. فلو قمنا بتطبيق اختبـار مناسـب من اختبـارات الـذكـاء على عينة ممثلة للمجتمع Representative sample ونعني «بممثلة» أن تمثل العينة فئات العمر والتعليم المختلفة والمستويات الاجتماعية الاقتصادية والمناطق الجغرافية والجنسين، فلو طبقنا هذا الاختبار على هذه العينة فإننا نتوقع أن يحصل معظم أفراد العينة على درجة ذكاء متوسطة أي أنهم يقعون في المنطقتين (٢)، (٣) من التوزيع وهي المنطقة التي تشمل معظم مساحة هذا التوزيع أي المنطقة «المتوسطة» ونتوقع كذلك أن تحصل قلة من هذه العينة على درجات «أقل» من المتوسط ويقعون في المساحة رقم (١) من التوزيع، وقلة أخرى تحصل على درجات «أعلى» من المتوسط ويقعون في المساحة رقم (٤) من التوزيع.

ومن وجهة نظر «المعيار الإحصائي» فإن الأفراد الذين يقعون في المنطقتين (٢)، (٣) هم الأسوياء والأفراد الذين يقعون في المنطقتين (١)، (٤) هم غير الأسوياء.

ويتفق توزيع الدرجات الخاصة بالذكاء بهذه الصورة مع رؤيانا لتوزيع الذكاء بين من نصادفهم من الناس في حياتنا اليومية فغالباً ما نقابل أفراداً تستطيع التفاهم معهم، كما أنهم يستطيعون التفاهم معنا، كما أنه من النادر أيضاً أن نقابل أفراداً لا نستطيع التفاهم معهم لانخفاض مستوى ذكائهم أو نقابل أفراد ذوي ذكاء مرتفع وذلك لأن هاتين الفئتين الأخيرتين نادرتين في المجتمع أي أن «منخفضي الذكاء» و«مرتفعي الذكاء» قلة وليسوا بكثرة «متوسطي الذكاء».

وإذا كان هذا المعيار الإحصائي يصلح في تحديد السواء والشذوذ بالنسبة لبعض السمات الجسمية كالطـول ووزن الجسم حيث نجد أن كلاً من «القصر البالغ» و «الطول البالغ» من الخصائص غير المرغوبة والتي تعتبر «شاذة» للدرجة التي أصبحت الأمثلة الشعبية السائدة تتطابق معها فيقال في «الطول البالغ» و «القصر البالغ»: كل طويل هبيل وكل قصير مكير». والوصف الموجود في هذا المثل عن كل من الطول والقصر يشير إلى انهما صفتان غير مرغوبتان أي «شاذة».. وما يقال على الطول يقال على وزن الجسم فالنحافة والبدانة صفتان غير مرغوبتان.

إلا أن ما يمكن أن يوجه من نقد لهذا المعيار هو انه لا يمكن أن يصلح لكل الخصائص والسمات. فلو أخذنا الذكاء أو درجة الإبصار وقمنا بعمل توزيع درجات عينة ممثلة من الأفراد كل على حدة فإننا لا نستطيع أن نقول أن الأفراد الذين يقعون في المنطقة رقم (٤) من التوزيع وهم «مرتفعو الذكاء» بالنسبة لصفة الذكاء وهم «حادو الإبصار» بالنسبة لصفة الأبصار انهم «شواذ» وذلك لأن ارتفاع الذكاء وحدة الإبصار من الصفات المرغوبة والمحبوبة من قبل المجتمع.

(٢) **المعيار الثقافي**: تقوم في كل ثقافة من الثقافات مجموعة من التقاليد والعادات والقيم والمعايير السائدة التي يتم من خلالها تقييم سلوك الأفراد، أي أن هـذه المجمـوعـة مـن القيـم والعـادت تعتبـر «قيـاسـاً» أقـامتـه الجماعة يقاس عليه سلوك كل فرد ليحاسب إذا خرج عليها ويكافأ إذا دخل سلوكه في نطاق ما هو مرغوب من تصرفات أقرتها الثقافة التي يعيش فيها.

وتختلف تلك المجموعة من القيم والعادات من ثقافة لأخرى ونتيجة لهذا الاختلاف فإن «المقياس» الذي يقاس على أساسه انحراف سلوك الأفراد أو تطابقه مع تلك المعايير والقيم يختلف من ثقافة لأخرى أيضاً.

يتضح لنا هذا الكلام لو استعرضنا بعض الظواهر وتأملناها وكأنها على ذلك «المقياس» في عدة ثقافات. فالجنسية المثلية أي ممارسة الجنس

مع نفس النوع Homosexuality يعتبر سلوكاً «شاذاً» في كثير من الثقافات لكنه يعتبر سلوكاً سوياً» في ثقافات أخرى.

وفي الثقافة الواحدة نجد أن المعايير والقيم السائدة فيها تتغير من وقت لآخر نتيجة لعوامل التغير والتطور فما كان يعتبر «شاذاً» في يوم من الأيام بأحد الثقافات يعتبر اليوم «سواء». فالسفور وخروج المرأة لمجال العمل بل واشتراكها في الحياة السياسية اعتبر في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحالي سلوكاً شاذاً لكن خروج المرأة وسفورها أصبح اليوم سلوكاً مرغوباً فيه وسوى.

وهكذا نجد أنه حتى في الثقافة الواحدة لا يمكن أن توجد مقاييس ثابتة دائمة على مر الزمان وذلك لأن هذه المقاييس تخضع للتطور وللتغير.

وليس ذلك فقط بل أننا نجد أنه داخل الثقافة الواحدة تنتشر الثقافات الفرعية Subcultnres وتتعدد وقد يكون هناك اتفاق عام بين هذه الثقافات الفرعية على ما هو «سوى» وما هو «شاذ» بالنسبة لبعض الظواهر والمسائل السائدة إلا أن هناك ظواهر أخرى يختلف الحكم على سوائها وانحرافها من ثقافة فرعية لأخرى والمثال على ذلك ما نجده في مصر بالنسبة لظاهرة الأخذ بالثأر فهذه الظاهرة تعتبر أمراً عادياً في الوجه القبلي فالابن لا بد أن يأخذ بثأر أبيه ويقتل من قتله، هذا في حين أن هذا السلوك يعتبر «شاذاً في الوجه البحري حيث يترك الأمر للعدالة لتصدر حكمها في القاتل عند حدوث مثل هذه الظواهر».

(٣) **المعيار الباثولوجي**: يعتبر الشخص شاذاً في ضوء هذا المعيار إذا وجدت لديه أعراض وشكاوي مرضية كالقلق والاكتئاب والتوتر والصراعات النفسية المختلفة ويعتبر الشخص شوياً إذا خلا من هذه الأعراض إذ أن الشخص السوي هو شخص بلا أعراض. إلا أن الخلو من الأعراض لا نجده لدى أحد فمن الصعوبة بمكان أن نجد شخصاً خالياً من

الأعراض المرضية. ومع هذا فإنه عندما يغلب وجود تلك الأعراض المرضية في شخص ما فإنه يعتبر «شاذاً».

ويوجه نقد لهذا المعيار في اختفاء الدرجة التي ينبغي أن تكون عليها تلك الاضطرابات والأعراض المرضية حتى يمكن أن يحكم عليها بأنها مرضية حتى لا يختلط السواء بالشذوذ.

(٤) **المعيار النموذجي أو المثالي**: عند الكلام عن المعيار الإحصائي وجد أن هذا المعيار لا يصلح لكل السمات والخصائص ذكرنا أننا لا يمكن أن نعتبر الزيادة في الذكاء شذوذاً أو انحرافاً حيث أن هذه الحالة أمر مرغوب فيه ومطلوب من أجل بناء المجتمع والذي يقوم بالدرجة الأولى على ما يقدمه الأذكياء فيه من تخطيط وتنفيذ. كذلك الأمر بالنسبة للعديد من الخصائص الأخرى كالصحة البدنية والجمال والقوة.

ولقد أشار ايزنك إلى أنه في ضوء ذلك فإننا لا بد أن نضع معياراً آخر بديلاً للمعيار الإحصائي إلا وهو المعيار المثالي أو النموذجي وهو المعيار الذي يأخذ كل فرد على عاتقه الاحتذاء به ومحاولته باستمرار الاقتراب منه يجعل سلوكاً يتطابق معه. وبناء على هذا المعيار فإننا نطلق على الشخص بأنه سوى كلما اتفق سلوكه مع المثل الأعلى ونطلق على الشخص بأنه شاذ كلما كان سلوكه غير متفق ويعيدا عن المثل الأعلى.

إلا أن أهم ما يؤخذ على هذا المعيار أن الشيء المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الإنسان ويعتبر هذا المعيار تطرفاً في تحديد السواء وان كان هناك اتفاق جماعي على أن ارتفاع مستوى الجمال وارتفاع مستوى الذكاء يعتبر مثالية، ومن الناحية العملية نجد أن الأخذ بهذا المعيار يحيل أفراد الثقافة ـ باستثناء قلة ـ إلى أفراد غير أسوياء.

(٥) **المعيار الطبيعي**: ونميل إلى إطلاق اسم «معيار السلوك الجنسي» على المعيار الطبيعي لتطابقه واتفاقه مع مضمون هذا المعيار. ومن خلال هذا المعيار يعتبر الشخص سوياً لقيامه بالدور المناسب لجنسه مثل أن

يكون الولد الذكر مبادراً والبنت الأنثى خاضعة والقيام بالدور الجنسي الغيري Heterosexualty أسلوب سوى بالنسبة للحياة الجنسية لدى بني البشر، كما تعتبر في نفس الوقت الجنسية المثلية Homosexuality أي ممارسة الجنس مع فرد من نفس النوع أمراً شاذاً (٤١ : ٤١)،

(٦) **المعيار الذاتي**: ويعتمد هذا المعيار على أن الفرد يجعل من ذاته إطاراً مرجعياً Frame of reference يتخذه كأساس للحكم على السلوك بأنه سوى أو غير سوى والإطار المرجعي، كما أظهرت التجارب الأولى في تاريخ علم النفس (آشي ـ شريف) ما هو إلا اجتماع آراء الجماعة ذاتها أي أنه يتضمن الإطار الاجتماعي الممثل لعمليات التنشئة الاجتماعية. وعلى الرغم من ذلك فإننا نجد أن اعتماد الفرد على ذاته وعلى الإطار المرجعي في الحكم على السلوك يخضع للأحكام السابقة لدى الفرد ولدفاعات الأنا (١٢ : ٥).

(٧) **المعيار التواؤمي**: يعتبر كولمان Colman ١٩٧٣ صاحب هذا المعيار في تحديد السواء واللاسواء فالسواء واللاسواء في نظره لا يتحدد من خلال تقبل المجتمع لكن من خلال مقدار ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة. فمسايرة الفرد للجماعة أن أدت إلى نمو الفرد والجماعة اعتبر السلوك عادياً. أما إذا لم تؤد لذلك اعتبر السلوك مرضياً (١٦ : ٧٥).

الفصل الثالث

الصحة النفسية والنمو النفسي

مقدمة: أن الفهم الحقيقي للصحة النفسية لدى الطفل يقتضي منا تتبع عملية النمو الطويلة التي تطرأ على الطفل منذ نشأته خلية في بطن أمه حتى يصير ناضجاً.

والنمو عبارة عن تغيرات تقدمية تتجه نحو تحقيق غرض ضمني هو النضج. ويعني هذا الكلام بصورة أخرى أن هذه التغيرات تسير إلى الأمام لا إلى الوراء وأنها تسير وفق نظام معين وليس حسب الصدفة البحتة، كما أن كل مرحلة من مراحل النمو هذه لا تنفصل عن أي مرحلة تليها أو تسبقها لأن جميع مراحل النمو تخدم غرضاً نهائياً واحداً تسعى للوصول إليه ألا وهو النضج.

ويستفاد من دراسة النمو:

١ ـ إننا نستطيع من خلال دراسة النمو الوقوف على ما نتوقعه بالنسبة لعمليات النمو لدى الطفل في كل عمر من الأعمار، فنعرف ما يجب أن يكون عليه إدراكه وفهمه ولغته وانفعاله في عمر معين أي أننا بفضل دراسة النمو نتمكن من معرفة في أي عمر يرتقي نشاط الطفل وفي أي ناحية من النواحي يصل إلى صورة النضج.

٢ ـ لا يختلف إطار النمو من شخص لآخر وتلك الصفة التي يتصف بها النمو تجعلنا نعرف مستوى نضج أي طفل من الأطفال بالنسبة لمجموع الأطفال في نفس السن.

٣ ـ وهذا الجانب هو الذي يعنينا هنا فالبيئة هي التي ترعى عملية النمو. ولذلك فإن التوصل لعمليات النمو السوية يفيد الأمهات والأباء والقائمين بعملية التربية حتى يستطيعوا رعاية عملية النمو رعاية سليمة، تسير في طريق السواء وتبعد بذلك عن طريق الانصراف.

أولاً: التكيف والنمو

وتجمع كافة آراء علماء النفس على أن سنوات الطفولة لها تأثير كبير في تحديد ملامح الشخصية في سواءها وفي انحرافها. فعندما يولد الطفل ينتقل إلى بيئة اجتماعية وطبيعية تختلف اختلافاً شاسعاً عن تلك البيئة التي كان يعيش فيها طوال فترة الحمل. فبعد أن كان الوليد يعيش في بيئة بسيطة سهلة يتعرض فيها لعدد قليل من المثيرات كالحرارة والضوء وانفعالات الأم وكان سلوكه الحركي أيضاً قاصراً على القيام بعدد من الحركات المقيدة بمحيط الرحم، نجده بعد ذلك ينتقل إلى بيئة طبيعية اجتماعية أهم ما تتميز به كثيرة المثيرات والمنبهات السارة وغير السارة، وهذه المثيرات أحياناً تكون هوجاء مضطربة ومتغيرة باستمرار وأحياناً أخرى تكون مجلية للذة والسرور. وبالإضافة لذلك فإننا نجد الطفل عرضة للضوء والضوضاء ودرجات الحرارة المتقلبة، ليس ذلك فقط بل أن الطفل يخضع في هذا كله لتأثير الوالدين عليه وللعلاقة التي بينهما.

وفي هذا كله يحاول الطفل الصغير أن يتكيف للبيئة الجديدة ولا تتم عملية التكيف هذه إلا بعد الأسبوع الرابع عندما يعتاد على هذه البيئة. وفي أثناء هذه المدة يكون نشاطه مقتصراً على النواحي الفسيولوجية كالطعام والراحة والنوم وعمليات الإخراج فهذه الفترة الزمنية ما هي إلا إعداد للحياة الجديدة وتكيفاً على ما بها من متغيرات شاملاً ذلك ما يحدث من تعديلات من جانب الفرد في هذه البيئة.

وسنسوق فيما يلي بعض الخبرات التي يمر بها الطفل والتي لها علاقة

بعمليات التكيف والتوافق في حياته اليومية، وبالطبع يدخل في نطاق ذلك فترة الحمل وما يتعرض له الجنين من مؤثرات، وهذه الخبرات هي:

أ - الحمل والولادة.
ب - الرضاعة.
جـ - الفطام.
د - التدريب على الإخراج والنظافة.

أ - الحمل والولادة والتكيف:

يحدث الحمل عندما يخترق الحيوان المنوي للذكر جدار خلية البويضة التي تفرزها الأنثى. وفي كل ٢٨ يوم تنضج بويضة واحدة في أحد المبيضين ويحدث ذلك في منتصف الدورة الحيضية ثم تسير بعد ذلك إلى قناة فالوب أو قناة المبيض وتستقر في الرحم مستغرقة زمناً يتراوح بين ٣ - ٧ أيام فإذا لم يحدث تخصيب تحللت البويضة في الرحم. أما إذا حدث اتصال جنسي فيحدث الحمل بتخصيب البويضة على النحو السابق ذكره وتبدأ البويضة وهي أكبر خلية في جسم الإنسان في النمو بعد ذلك (بعد التخصيب) وبهذا تبدأ المرحلة الأولى من مراحل النمو.

وتؤثر كافة المؤثرات التي يتعرض لها الجنين فيه كسوء التغذية لدى الأم والتعرض للظروف البيئية من حرارة ورطوبة وإشعاعات وأمراض جسمية وانفعالية... الخ.

أما المؤثرات المرتبطة بالولادة فنجملها في الولادة غير الناضجة وإصابات الولادة.

وسنتكلم الآن عن مؤثرات الحمل وهي:

١ - اتجاهات وانفعالات الأم.
٢ - انتقال عدوي المرض من الأم للطفل.
٣ - التدخين والمواد المخدرة.
٤ - عدم مناسبة طعام الأم لظروف الحمل.

١ ـ **اتجاهات وانفعالات الأم**: تؤثر الاتجاهات التي تحملها الأم نحو حملها في حالتها الانفعالية. فتضطرب الانفعالات لديها إذا كانت لا ترحب بحملها. وعلى العكس من ذلك الأم التي ترغب في أن تكون حاملاً فتكون مسرورة وسعيدة بذلك.

وقد وجد كل من سيزر وماكوبي وليفين sears, Maccoby, Levin في دراستهم (١٩٥٧) عن Patterns of child rearing أنه عندما طلب من مجموعة من الأمهات أن يحاولوا تذكر اتجاهاتهن خلال فترة الحمل فأجاب النصف بأنهن كن سعيدات وأجاب الربع بأنهن شعرن بالتعاسة حين عرفن أنهن كن حاملات، ومما لا شك فيه أن اتجاه الأم نحو الحمل له علاقة كبيرة بمدى اتزانها الانفعالي وقدرتها على التوافق. كذلك كلما طالت المدة التي تفصل بين حمل وحمل آخر كلما وجد أن اتجاه الأم نحو معرفتها بأنها حامل يكون موجباً. ولا يغيب علينا أن مثل هذه الاتجاهات والانفعالات تؤثر على مدى تكيف الطفل وتوافقه فيهما بعد في المستقبل.

ومما يبرهن على ذلك تلك الدراسة التي قام بها. والين ورايلي Wallin & Riley (١٩٥٠) عن:

Reactions of mothers to pregnancy and adjustment of offspring in infancy.

حيث طلبا من عينة من الأمهات أن يستجبن على استبيان يشمل الأعراض السيكوسوماتية كالغثيان والقيء والأوجاع والآلام المختلفة التي صاحبت عملية الحمل لديهن، ولقد أخذت هذه الأعراض كدليل على اتجاهاتهن السلبية نحو الحمل. كما طلب منهن أن يذكرن أهم الاضطرابات التي يشكو منها أطفالهن خلال الستة شهور الأولى من نموهم. فوجد الباحثان أن الاتجاهات السلبية نحو الحمل تنتشر بين الأمهات اللائي أنجبن طفلان، وأهم الاضطرابات التي وجدت عندهن هي الأكل غير المنظم والآلام المعدية معوية واضطراب في النوم وكثرة البكاء والتبرز. ولقد فسر

الباحثان انتشار ذلك بين الأمهات اللائي أنجبن طفلان بأن الأم في أول حمل لها تستمد من زوجها عطفاً بالغاً يعوضها عن آلام الحمل ومصاحباته المضطربة. ومما لا شك أن ذلك يؤثر على الوليد بعد ذلك فترحب به الأم وتهتم به فينشأ موضوعاً فيه البذور الأولى للتوافق.

وتلعب الجوانب الانفعالية من صراع وتوتر نفس الدور عند الأم وذلك على وليدها. فالقلق وعدم الأمن النفسي خلال الحمل يؤثر تأثيراً سيئاً في الجنين ويعمل على صعوبة توافقه مستقبلاً مع البيئة الخارجية التي يعيش فيها. ولقد وجد سونتاج في دراسة له (١٩٤٤) أن الأم التي تعاني من أزمات انفعالية وتوترات نفسية حادة خلال عملية الحمل فإن ذلك يكون له تأثيره على الطفل. فيصبح أكثر استعداداً للتهيج والاستثارة ودائب الحركة والصراع مما يترتب على هذه. العمليات بالتالي كثرة قيء الطفل لما تناوله فتزداد صحته سوءاً.

٢ ـ **انتقال عدوى المرض من الأم للطفل**: على الرغم من وجود حاجز بين أنواع الجراثيم والفيروسات لدى الأم وبين الجنين إلا أن هناك حالات ولد الأطفال ولديهم إصابات بأمراض كالحصبة والتهاب الغدد النكفية والجدري منقولة بالعدوى الأم.

ولقد مرضت بعض الأمهات بالحصبة الألمانية أثناء الشهور الأولى للحمل فأصيب أطفالهن بالصم والبكم، وبإصابات قلبية وحالات من الضعف العقلي. ولقد وجد في إحصاء أن ١٢٪ من الأمهات اللائي يمرضن بالحصبة الألمانية توجد في أطفالهن ولديهن تشوهات عند ولادتهن.

ولقد وجد ديبل Dippel.A.I (١٩٤٤) مرض الزهري لدى ١٦ جنيناً من ٦٧ . أما مصابي الزهري ويساوي هذا العدد بنسبة ٢٤٪. ولقد وجد ديبل أن الطفل إذا ظل حياً ولم يمت فإما أن يحدث له ضعف عقلي أو عيوب خلقية أو تشوهات.

٣ ـ **التدخين والمواد المخدرة**: لوحظ في كثير من الدراسات

والبحوث أن الأم التي تتعاطى مواد مخدرة خلال المخاض (فترة ما قبل الولادة) تظهر على مواليدهم أعراض التخدير الزائد عن الحد، كما تظهر عليهم اضطرابات في التنفس، كما تظهر على الأطفال المولودين علامات الخمول والرغبة في النوم المستمر إلا أن هذه العلامات تختفي في اليوم الثالث.

وأما بالنسبة للتدخين فإن تدخين الحامل يؤثر في الجنين لوجود مادة النيكوتين في السجائر ولقد وجد أن الجنين تزداد سرعة ضربات القلب لديه عقب تدخين الأم الحامل وهكذا نرى أن المواد المخدرة سواء التي يتم تناولها بقصد أو التي تكون ضمن الأدوية والعقاقير الطبية، كذلك التدخين الذي يحتوي على مادة النيكوتين تؤثر على الأجهزة الحيوية لدى الجنين والوليد البشري وهذا بدوره يؤثر على استجاباته المختلفة مما يؤخر ويعطل أساليب التكيف للبيئة الخارجية عنده.

٤ ـ **عدم مناسبة طعام الأم لظروف الحمل**: يتغذى الجنين وهو في بطن الأم من خلال الأغشية التي تنفذ إلى المشيمة والحبل السري. ولذلك فلا بد أن تتغذى الأم بالطعام المناسب الخالي من المواد التي تؤدي إلى تهيج الجنين واستثارته وزيادة حركاته في بطن الأم، كما يجب أن يكون الطعام مليئاً بالمواد الغذائية التي تعوض الأم عما تفقده من دم يذهب لإطعام الجنين.

ولقد أجرى ابس وآخرين (١٩٤٢) دراسة على ٢١٠ من السيدات الحوامل حيث إن كلاً منهن لم تتناول الغذاء المناسب خلال الخمسة شهور الأولى من الحمل. وفي باقي مدة الحمل أي الأربعة شهور الأخيرة قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتكون من ٩٠ تسعين سيدة حصلن على طعام كاف ومناسب لظروف الحمل.

المجموعة الثانية: تتكون من ١٢٠ سيدة استمرت طريقة تغذيتهن على ما هي عليه.

ولقد وجد في الدراسة التتبعية للمجموعتين أن المجموعة الأولى قد عاشت فترة حمل طيبة خالية من: الأنيميا والإجهاض وتسمم الدم تلك النواحي التي شاعت بين الأمهات في المجموعة الثانية. كذلك وجد أن أطفال السيدات في المجموعة الأولى كانوا أصحاء عن أبناء سيدات المجموعة الثانية والتي انتشرت لديهم أمراض البرد والكساح وفقر الدم. ومما لا شك فيه أن اعتلال الصحة الجسمية نتيجة سوء تغذية الأمر يؤثر على توافق الطفل ونظرته إلى نواحي القصور البدنية التي قد تكون لديه (٢٨ : ١ ـ ٣٠).

ب ـ خبرة الرضاعة والتكيف:

يقصد بعملية الرضاعة ذلك النشاط أو السلوك الفمي الذي يهدف من خلاله قيام الطفل بعملية مص الثدي إلى الإشباع.

وتعتبر عملية الرضاعة الفرصة الأولى لتفاعل الأم مع وليدها تفاعلاً اجتماعياً حيث تبدأ عملية نقل معالم الثقافة وبنودها من خلال الأم وذلك لأن الأم يكون لديها معرفة بأسلوب إرضاع الطفل والذي ينبغي القيام به.

وعن طريق الفم يستقبل الطفل الغذاء الذي يشبع حاجاته الفسيولوجية ويتلقى أيضاً من خلال الأم الأمن والعطف والحنو النفسي بل ويتلقى الطفل الدرس الأول في الثقة في العالم المحيط به.

وفي مقابل ذلك فإنه عند انتهاء «مدة الرضعة» وقيام الأم برفع الثدي من فم طفلها قبل أن يشبع حاجاته يعم التوتر عضلاته ويفقد شعوره بالأمن والذي لم تمضي دقائق على إحساسه وشعوره به وبهذه الصورة يبدأ الطفل تعلم الدرس الأول في القدرة على مواجهة الإحباط، وفي القدرة على تحمل الحرمان. ويرى المختصون في التحليل النفسي Psychoanalysis أن هذا الموقف يعكس صورة من الصور التي تصيب العلاقات الإنسانية

بالاضطراب وتعمل بالتالي على وضع البذور الأولى لسوء التكيف (١٤ : ١١٣).

ولقد قامت الكثير من الدراسات التي اهتم فيها الباحثون ببحث مشكلات التكيف المرتبطة بخطة الرضاعة التي سارت عليها الأم، ولقد وجدت «دوروثي ماركويز» أنه كلما زادت المدة الزمنية بين كل رضعة والأخرى كلما كان نشاط الطفل البدني حاداً (٣: ٢٥).

وترى مدرسة التحليل النفسي أن عدم تحقق قدر كاف من خبرات التغذية في مرحلة النشاط الفمي (يشمل هذا النشاط الامتصاص والابتلاع والعض) للطفل يكون له أثر على مستقبل نموه، وفي بعض الأحيان يؤدي إلى أشكال حادة من المرض العقلي في المستقبل. كما يؤكد بعض الأطباء النفسيون أن الاتصال الجسمي بين الرضيع وأمه يؤدي إلى المتعة والإثابة. وتعتبر الدراسات التي قام بها «هاري» Hary على مواليد القردة الذين وضعهم مع أمهات من الدمي المصنوعة من سلك الشباك، ووضع البعض الآخر مع أمهات مصنوعة من دمى السلك فيها نسيج، فوجد أن القرد كان يميل أكثر للذهاب للأم المصنوعة من النسيج عن الأم الدمية المصنوعة من السلك الخالص. ولقد أيدت نتائج «هاري» نتائج دراسات «ريبل» على الطفل الإنساني والتي وجدت فيها أن حرمان الطفل من متعة اللمس البدني للأم يؤدي إلى توترات عضلية وعدم انتظام تنفسه وحدوث اضطرابات معدية معوية لديه.

وهكذا يتضح لنا أن موقف الرضاعة والخبرات المتصلة بها أساس لأسلوب الطفل في التوافق والتكيف مستقبلاً مع بيئته الاجتماعية من ثقة بالناس وميل لهم أو عدم الثقة والشعور بالعداوة أي أن موقف الرضاعة يرتبط ارتباطاً كبيراً بالصحة النفسية للطفل.

جـ ـ الفطام والتوافق

يترتب على تأخير موعد الفطام تثبيت لعادات طفلية وإعاقة للنمو

الطبيعي، ومن هذه العادات الطفلية التي نجدها لدى الكبار السلوك الهروبي عند مواجهة المواقف التي لا يستطيع الفرد حلها حلاً سليماً نتيجة تعوده على الدعة والركون على غيره والتظاهر بالضعف. وهكذا نجد أن بذور الاضطراب النفسي والقلق توجد لدى الطفل نتيجة موقف الأم منه حيال الفطام.

د ـ التدريب على عادات الإخراج والتوافق:

يرى علماء النفس خاصة المحللون النفسيون أن الإفراط في القسوة أثناء عمليات التدريب على عادات الإخراج والنظافة يؤدي إلى قلق شديد لدى الطفل، كما يؤدي إلى زرع مشاعر العدوان لديه نحو والديه مما يترتب على ذلك بالتالي إلى سوء توافق الطفل. ومن الأعراض السلوكية التي تشير إلى سوء التوافق لدى الطفل نتيجة ذلك أن يصبح عدوانياً نحو الشخص الذي يتولى عملية تمرين الطفل وتعويده على أساليب الإخراج السابقة المناسبة وبالإضافة لذلك فإن الطفل يقاوم مقاومة شديدة عملية التمرين على الإخراج والنظافة.

وبالإضافة للعدوان يكون الطفل أكثر قابلية للاستثارة والانفعالات الزائدة. ولقد وجد سونتاج Sontagl.W (١٩٣٩) وماكفرلين Mackfrlane (١٩٥٤) أن الأطفال الذين بدأت أمهاتهم تمرينهم في وقت مبكر على عمليات الإخراج والنظافة تستمر لديهم أنواع البوال الليلي (تبليل الفراش) مدة طويلة من الزمن بحيث يكون من الصعب الوصول إلى درجة واضحة من النجاح.

وقد يترتب على القسوة في تدريب الطفل وتمرينه على عادات الإخراج والنظافة في سن مبكرة أن ينتشر القلق المصاحب لعمليات الإخراج ليشمل أعضاء الإخراج أي الأعضاء التناسلية وبكلمات أخرى فإن العمليات الانفعالية وما تتصف به من اضطراب تنتشر لتشمل الجوانب الجنسية، وذلك لأن أعضاء التناسل جوهر أعضاء الإخراج.

ثانياً: مظاهر سوء التوافق لدى الطفل

للطفل حاجات لا بد من إشباعها فالطفل في حاجة إلى أن يشعر بأنه مقدر ومحترم من الآخرين (الحاجة إلى احترام الذات) وكلما نما الطفل يوماً بعد يوم كلما رغب في تحمل الكثير من المسؤوليات والأمور والشؤون الخاصة به (الحاجة إلى الاستقلال)، وفي كل الأحوال والظروف يسعى الطفل إلى إشباع الحاجة إلى الحب أي إحساسه دائماً بأنه محبوب ومرغوب فيه من قبل كل من حوله في الأسرة وفي جماعات اللعب والرفاق (الحاجة إلى الحب). ولا يقتصر بالطبع إشباع هذه الحاجات وغيرها على طفل ما قبل المدرسة بل وتمتد الحاجة إلى إشباع هذه الحاجات إلى الأعمار الأخرى وأن افتقاد الطفل للحب وإلى إهمال الآخرين له وعدم احترامهم وتقديره له يترتب عليه انسحاب الطفل من المجتمع الذي يعيش فيه وشعوره بالإحباط وينتج عن كل ذلك وقوعه في كثير من المشاكل التي تشير إلى سوء التوافق وسنتكلم فيما يلي عن أهمها:

١ - مص الأصابع.

٢ - قضم الأظافر.

٣ - اضطراب النطق والكلام (التلعثم).

٤ - التخلف في القراءة.

٥ - الكذب.

٦ - السرقة.

٧ - الضعف العقلي والتخلف العقلي.

(١) **مص الأصابع**: يجد الطفل لذة كبيرة وإشباعاً فمياً في مص ثدي أمه. فإذا فطم تبقى رغبته في المص مستمرة لديه تلح عليه ليحققها بأي صورة من الصور، فيلجأ إلى مص أصابعه ومحاولة الأم منع طفلها من القيام بمص أصابعه يزيده عناداً وإصراراً على القيام بعملية مص أصبعه، ومحاولة منع الطفل من مص أصبعه في حد ذاتها تثير غضبه وصياحه وبكائه وتعمل على بعث القلق في نفسه لتهديد الآخرين له كلما اقترب بأصبعه من فمه.

ويشير استمرار الطفل القيام بمص أصابعه وعدم ترك هذه العادة بعد مدة من الزمن إلى أنه يعاني من توترات نفسية وتهديد لأمنه الذي كان ينعم به إلى الماضي أي إلى المراحل الأولى من طفولته حيث كان ينعم بالراحة والأمن والحنان.

وقد يرجع سلوك مص الأصابع لدى الطفل إلى العديد من العوامل كميلاد طفل جديد لدى الأسرة فيسلب الانتباه والأضواء والاهتمام منه. كما أن الطفل قد يشعر بفقد الأمن نتيجة استمرار المنازعات والمشاجرات بين أمه وأبيه. أو أن الطفل يقابل دائماً لا بالتوجيه والنصح والإرشاد إذ أخطأ لكن يلام ويوبخ وقد يضرب في بعض الأحيان (٩: ٦٢).

(٢) التبول اللاإرادي: تعرف نيڤين زيور التبول اللاإرادي بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل بشكل متكرر أو متقطع بعد سن التحكم في التبول وفي أثناء النوم (١٩٨٩)، وتميز بين التبول اللاإرادي الأولى حيث يفقد الطفل في أي مرحلة من مراحل النمو القدرة على ضبط التبول ويحدث ذلك بنسبة من ٧٥ ـ ٨٠٪ من حالات البوال، وبين التبول اللاإرادي الثانوي والذي يشير لتراجع القدرة على التبول بعد اكتسابها. وتشير نيڤين زيور إلى أن المكسب الأولي في حالات التبول اللاإرادي يتمثل في أن البلل والإحساس بالدفء وبالبول ينساب على الجلد يستثير لذة الإحساس بأخذ حمام دافىء لدى الرضيع، أما المكسب الثانوي فهي تساهم في الإبقاء على العرض والذي يتضح من تجنب الطفل الذهاب للمدرسة والبقاء بجوار الأم. ويعزى التبول اللاإرادي إلى عامل ذا قطبين الاعتمادية خاصة على الأم، والعدوان حيث يسمح التبول بالتعبير عن العدوان. وقد بينت النتائج التي توصلت إليها نيڤين زيور على ١٠ من الأطفال من ٩ ـ ١١ سنة بتطبيق الرورشاخ والمقابلة واختبار رسم الأسرة على تواجد العدوان والسلبية والاعتمادية في كل الحالات إلا أن كل طفل يتميز عن الآخر لاختلاف معنى العرض من طفل لآخر (٣٨: ٧).

(٣) **قضم الأظافر**: إن سلوك قضم الأظافر تعبير عن التوتر والقلق وتعتبر الأظافر لدى الطفل أقوى سلاح لديه فإذا قام بقضم أظافره بأسنانه فإن ذلك يعبر عن محاولته كبح جماح الجانب العدواني في شخصيته. وينشأ لدى الطفل سلوك قضم الأظافر كلما وجد نفسه في موقف يشير إلى نزاع أو شجار بين الكبار كأمه وأبيه أو بين إخوته الأكبر منه وفي هذا الموقف قد يعتري الطفل شعوراً معيناً تجاه المتنازعين فقد يغضب بشدة تجاه أحدهما، ويشعر بالعطف إزاء الأخير وإزاء هذه الثنائية يشعر أنه يجب عليه أن يخفض من حدة الكراهية والغضب فيلجأ لقضم أظافره. وتختفي عادة قضم الأظافر بزوال الأسباب التي تسبب التوتر (٩: ٦٢).

(٤) **اضطرابات التواصل**: يتمثل الاتصال الشفاهي عند الأطفال (محي الدين أحمد حسين، ١٩٨٧) في القدرة على التعامل اللغوي الشفاهي مع الآخرين، والحديث بشكل يسمح لهم أن يكونوا معنى عن العالم المحيط بهم. ويشار في هذا الصدد إلى ما أوضحه بانجز Bangs (١٩٧٩) من أن عادة ما يكشف الأطفال المعوقون عن ضرورة ضعفهم في الاتصال الشفاهي بين عمر الثانية والثالثة. ويأتي التمييز هنا بين اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام. فاضطرابات اللغة تشير للاضطرابات المتعلقة باستقبال اللغة أي يجد الطفل صعوبة في فهم ما يقال له، كما تتمثل اضطرابات اللغة في التعبير اللغوي حيث لا يتوافر للطفل محصول لغوي وإفر إذا ما قورن بأطفال من نفس عمره، وإضافة لما سبق يتمثل اضطراب اللغة في أن يجد الطفل صعوبة من التتابع اللغوي فيعجز عن سرد قصة معينة بترتيب صحيح. أما اضطرابات الكلام فتتمثل في الاضطرابات الصوتية أي ارتفاع الصوت بشكل غير سوي، واضطرابات التلفظ حيث يسقط الطفل بعض المقاطع الصوتية أو يشوهها. ويتمثل اضطراب الكلام أيضاً في اللجلجة ومن اضطراب في الكلام يأخذ صورة اختلال يصبح معه تدفق الكلام غير متسم بالسلاسة نظراً لتدخل ضروب سلوكية أخرى فيه (٣٢: ١٧٤).

ومن اضطرابات النطق والكلام الأخرى التلعثم فعندما يبدأ الطفل تعلم التحكم في كلامه فإن الأفكار تتداعى لديه بسرعة لا يمكن لشفتيه مجاراتها ويترتب على ذلك أنّ يتلعثم الطفل.

وقد يرجع التلعثم لدى بعض الأطفال إلى الاضطراب الانفعالي الشديد أو إلى البغض والغضب الشديد، والذي لا يتمكن الطفل من أن يعبر عنه تعبيراً سليماً فيقع في التلعثم في الكلام (٩: ٦٢).

(٥) **الكذب**: ينتج قيام الطفل بالكذب وعدم ذكر الحقيقة مما يعانيه من قسوة في المعاملة من والديه. فكذبه يكون دائماً تعبير عن شعوره بالخوف من أن يعاقب عقاباً شديداً لسوء ذكر الحقيقة. فالطفل إذا فقد منه شيء وعرف أنه سيضرب تخلي عن ذكر الحقيقة واضطر إلى الكذب (٩: ٦٢).

ويرى الباحثون إلى أن الكذب قد لا يكون شائعاً قبل سن الخامسة لعدم قدرة الطفل على التمييز بين الحقيقة والكذب، ولذا فهناك الكذب الخيالي، والكذب الادعائي كأن يدعي الطفل أنه مريض لجذب الانتباه، والكذب الانتقامي ليتهم غيره بأفعال ممنوعة، وقد يلجأ الطفل للكذب كنوع من الدفاع خوفاً من العقاب الذي سيوقع عليه (٣٩: ٣٩).

ولقد قام «اندرسون واندرسون Anderson of Anderson عام ١٩٥٩ باعداد سلسلة من القصص الناقصة أعدت من أجل معرفة القيم لدى الأطفال في عدة بلاد. وكانت أداة الدراسة عبارة عن قصة عنوانها «اللحمة المفقودة» تحكي قصة طفل أرسلته أمه للبقال لشراء كمية من اللحم وبدلاً من أن يعود للمنزل مباشرة لعب مع أصدقائه،وبعد ذلك قام الطفل بأخذ الباقي وعاد إلى المنزل. وبعد أن قرأ الأطفال في عدة بلاد هذه القصة وجه إليهم السؤال الآتي: **ما الذي قاله الطفل لوالدته؟**

وهذا السؤال اسقاطي ويهدف إلى معرفة ما الذي يفعله المجيب في موقف مماثل. ولقد وجد اندرسون واندرسون أن الأطفال الذين ينتمون

لبلاد فيها قسوة وتسلطيه في المعاملة يجيبون بأن الطفل سيكذب على أمه بينما الأطفال الذين يتبعون ثقافات تشيع فيها المعاملة الطيبة والديمقراطية في السلوك وعدم الخوف من الأبوين مالوا لقول الصدق.

وتبين لنا هذه الدراسة علاقة نوع معاملة الأطفال بانتشار الكذب والصدق بينهم (٤٢: ٤٣٣).

(٦) النشاط الزائد والسلوك الاندفاعي: ويقصد بالنشاط الزائد مجموعة الحركات العضلية الزائدة عن الحد والتي يقوم بها الطفل دون أن يكون لها هدف محدد، ويكون انتباه الطفل فيها محدوداً كما يجد صعوبة في النمو. أما السلوك الاندفاعي فيقوم به الأطفال تحت ضغط أو تفكير غير متوقع ولا يضع الطفل في اعتباره ما يترتب من نتائج على فعله (١٩: ١٢٢).

ويذهب محمد شعلان (١٩٧٩) إلى أن النشاط الزائد عن الحد قد يكون نتيجة لإصابة بالمخ حيث يجد الطفل صعوبة في التحكم في حركته، أو يكون راجعاً لعدم قدرة الطفل التحكم في رغباته أو تأجيلها فيميل إلى الإشباع الفوري مما يؤدي إلى اصطدامه بالبيئة في حوادث تؤدي إلى أضرار جسمية (٣٩: ٣٩).

(٧) **السرقة**: بعد أن تعلم الطفل احترام ما يملكه الغير فلا يجب أن تمتد يده إليه وبعد أن يعرف ما يخصه من أشياء وممتلكات وما يخص غيره فلا يجب أن يعتدي عليه فتنعدم لديه الأمانة (٩: ٦٢).

والسرقة لدى الأطفال ليست غاية في حد ذاتها لكن قد يكون هدفها الرئيسي الثأر والانتقام من اعتدى عليهم وخاصة الوالدين (٣٩: ٣٩). كما أن الطفل قد يسرق بهدف الغيرة من اقرانه من الأطفال فيسرق أقلامهم وكتبهم. وقد يكون شعور الطفل بالنقص لعيب فيه دافعاً قوياً لقيامه بالسرقة لينزع ما سرقه على زملائه وأصدقائه فيعوق ولو قليلاً بعض النقص الذي لديه من خلال ما كسبه من مكانة لديهم. وبالتفهم وعدم التشهير بالطفل

الذي يقوم بالسرقة وبدراسة الدوافع والأسباب الكامنة وراء ذلك يمكن علاج السرقة لدى الأطفال (٩: ٦٢).

(٨) **العدوان**: وهو الفعل الذي يكون هدفه التخريب والتدمير وجلب الأذى والضرر للآخرين، ويعبر العدوان عن مواقف الفشل والاحباطات التي يقابلها الطفل في حياته اليومية. وقد وجدت انتصار يونس وأحمد العادلي (١٩٧١) في دراستهما على مائة طفل ما بين ٣ ـ ٤ سنوات عدم وجود ارتباط له دلالة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي والسلوك العدواني بصفة عامة، لكن وجد ارتباط بين بعض أشكال العدوان كالعناد وعدم إطاعة الأوامر وبين المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع (٣٩: ٧٧).

وقد وجد محمود حمودة (١٩٨٤) في دراسة على ٤٢٥ طفلاً في المدرسة الابتدائية ان معدل انتشار اضطراب السلوك والعدوان ٦,٣٥٪ وأن الأنماط العدوائية أكثر من غير العدوانية (٣٩: ٧٧).

وفي دراسة مقارنة للعدوان بين أطفال الريف والحضر وجد حسن الفنجري (١٩٨٧) أن أطفال الريف أكثر عدوانية من أطفال الحضر فنسبة الدرجة الموزونة لدى أطفال الريف ٥٣٪ ولدى أطفال الحضر ٤٧٪. ويفسر الباحث ذلك بأن تقبل وتشجيع الوالدين في الريف للطاقة العدوانية هو للتصريف خارج الأسرة فتقل بذلك درجة العدوان الموجه نحو الذات، أما في المدينة فيحرص الأباء على مستقبل أبناءهم فيعملون على الحد من السلوك العدواني لا بالعقاب البدني كما في الريف لكن بإثارة القلق والتهديد بالحرمان من الحب (٦: ١١٣).

(٩) **التخلف في القراءة**: هناك الكثير من الأطفال المتخلفين في القراءة فيكون مستواهم فيها أقل من المستوى العادي لقرنائهم وقد يكون ذلك في كل المواد فيكون بصدد حالة تخلف عقلي أو يكون في مادة من المواد، وفي هذه الحالة يكون ذلك راجعاً لعيب خاص لدى الطفل. وقد يكون ذلك بسبب تغيير الطفل لمدرسته أكثر من مرة عند بداية تعلم القراءة

فترتب على ذلك اضطراب حياته المدرسية لعدم تواجده في مدرسة واحدة بصفة مستمرة. كذلك فإن عدم مواظبة الطفل وغيابه المستمر عاملاً من عوامل تخلفه في القراءة.

هذا بالإضافة إلى بعض العيوب الجسمية كالسمع والأبصار والتي تكون سبباً في عرقلة تقدم الطفل في مراحله الأولى من تعلم القراءة (٩: ٦٢).

ويوصف الطفل بأنه يتأخر في القراءة إذا كان أقل عاماً أو أكثر عن المستوى العام لفصله كما يقاس باختبار من الاختبارات المقننة التي وضعت لمن هم في نفس مستواه العقلي وعمره الزمني. ويرى البعض أن التأخر الملحوظ في الاستجابات القرائية يكون متأخراً حقيقة في القراءة عن الخط العام لنموه.

ويمكن تشخيص التخلف في القراءة من خلال:

١ ـ الوقوف على المستوى العقلي للطفل فقد ثبت وجود علاقة قوية بين المستوى العقلي والقدرة على القراءة.

٢ ـ استخدام اختبارات القدرة على القراءة وبها يمكن معرفة مستوى الفهم والسرعة والنطق بتطبيقها على الطفل.

٣ ـ دراسة الطفل دراسة متعمقة لمعرفة أسباب الضعف عنده. (٣٠: ١٦٦).

(١٠) **السلوك المشكل عامة**: ومن مظاهره السلوك المضاد للمجتمع والعدوان والسلوك الانسحابي والكذب والسرقة. تلك الصور التي عرضت بالتفصيل فيما سبق. وفي هذا الاطار قامت هانم على إبراهيم الشبيني (١٩٨٥) بإجراء دراسة عن السلوك المشكل للطفل فيما قبل المدرسة الابتدائية بين سن الخامسة والنصف والسادسة والنصف فتوصلت إلى وجود المشاكل الآتية: (١) مشاكل جسمية لكثرة الوقوع في المرض وكثرة

الشكوى، والتبول اللا إرادي، (٢) أعراض سلوكية كالمشاكسة والعدوان والشجار، والنشاط الزائد، ورفض الطعام (٣٩: ٢٥١).

(١١) **الضعف العقلي والتخلف العقلي**: يعتبر الشخص ضعيفاً عقلياً إذا كان عمره العقلي أقل من نصف عمره الزمني. وعلى هذا الأساس فإن الطفل الذي يكون عمره اثني عشر عاماً ويكون مستوى ذكائه أقل من مستوى ذكاء طفل عادي في عمر السادسة يعتبر طفلاً ضعيف العقل.

ويجدر بنا هنا أن نشير إلى ما هي نسبة الذكاء؟

ونسبة الذكاء هي عبارة عن اصطلاح يطلق على مستوى ذكاء الفرد بالنسبة للمستوى العام للأشخاص الذين في مثل سنه. ولاستخراج هذه النسبة أي نسبة الذكاء Intelligence Quotient لفرد من الأفراد يتم ذلك بالحصول على عمره العقلي في اختبار من اختبارات الذكاء ثم يقوم بقسمة العمر العقلي هذا إلى العمر الزمني ثم نضرب النتيجة في ١٠٠ ونحذف الكسور.

مثال (١): لنفرض أننا طبقنا اختباراً (مثل ستانفورد بينه) على طفل من الأطفال عمره الزمني عشر سنوات فوجدنا أن عمره العقلي عشر سنوات أيضاً فإن هذا يدل على أن مستوى ذكائه يساوي مستوى دكاء معظم الأطفال الذين في عمره فتكون نسبة ذكائه كالآتي:

نسبة ذكاء الطفل في المثال (١) = $\frac{١٠}{١٠}$ × ١٠٠ = ١٠٠

مثال (٢): أما إذا كان الطفل عمره الزمني خمس سنوات وعمره العقلي أربع سنوات دل ذلك على أن هذا الطفل مستواه العقلي أقل من المستوى العام للأطفال الذين في عمره وكانت نسبة ذكائه كالآتي:

نسبة ذكاء الطفل في المثال (٢) = $\frac{٤}{٥}$ × ١٠٠ = ٨٠.

مثال (٣): وفي مقابل ذلك قد يحصل أحد الأطفال على ٦ سنوات عمر عقلي أعلى من سنوات عمره الزمني وهي خمسة سنوات

ويدل ذلك على أن هذا الطفل يسبق في نموه غيره من الأطفال الذين في عمره الزمني ويحب فيه ذكائه كالآتي:

نسبة ذكاء الطفل في المثال (٣) = $\frac{٦}{٥}$ × ١٠٠ = ١٢٠.

فئات الذكاء والضعف العقلي: بفضل اختبارات الذكاء استطعنا معرفة فئات الضعف العقلي Mental Defeciency ويمكننا أن نعرف نسبة توزيعه في أي مجتمع.

وفيما يلي فئات الذكاء **وبها الضعف العقلي ونسبة توزيعهما حسب تقارير هيئة اليونسكو المعنون** Education & Mental Health والذي قام بإعداده «وول».

م	الفئـــــــــة		نسبـــة الـــذكـــاء	نسبـة التـوزيـع في المجتمع
١	أبله	Idiot	٢٠ فما أقل	
٢	معتوه	Imbecile	٢١ _ ٥٠	٠,٠٠٣٪ ٪ ثلاث في الألف من السكان
٣	ضعيف العقل	Feeblminded	٥١ _ ٦٥	٢,٢٪
٤	حالات بونيه	Boarderlins	٦٦ _ ٧٩	٦,٧٪
٥	الغباء العادي	Normal dulls	٨٠ _ ٩٠	١٦,١٪
٦	متوسط الذكاء		٩١ _ ١١٠	٥٠٪
٧	ذكاء عادي		١١١ _ ١١٩	١٦,١٪
٨	متفوق الذكاء		١٢٠ _ ١٢٨	٦,٧٪
٩	متفوق جداً		١٢٨ فما فوق	٢,٣٪

عمر عقلي Mental Age

عمر زمني Chronological Age

وهكذا نجد في الجدول السابق أن فئتي: أبله ومعتوه توجد بين نسبة ثلاثة أفراد بين كل ألف من السكان. ويذهب البعض إلى أن هاتين الفئتين لا تشيران فقط إلى الانخفاض في مستوى الذكاء بل يعتبرونها اضطراب مرضي عام ينشأ عن عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية (١٥ : ٤٥).

وفيما يلي تعريف وفئات التخلف العقلي كما ذكرت في «الدليل المصري لتقسيم الأمراض النفسية» والذي قامت بوضعه الجميعية المصرية للطب النفسي بناء على توصية المؤتمر العربي الأول للطب النفسي في القاهرة في ديسمبر ١٩٧٨.

أ- تعريف التخلف العقلي في الدليل: يشير التخلف العقلي إلى قصور عام في الوظائف الذهنية التي تنشأ أثناء مرحلة النمو (حتى سن الثامنة عشر) وهو يتصف بتعطيل كل من:

أ - التعلم والتكيف الاجتماهي.

ب - النضج مثل نضج العواطف أو النمو Growth الجسدي القاصر.

جـ - أو هما معا.

ويذكر الدليل أنه يتم الحكم على التخلف العقلي على أسس هي:

أ - معامل الذكاء الذي ينبغي أن يقتصر دوره على تقييم الحكم الاكلينكي.

ب - تقدير التاريخ النمائي Development للمريض.

جـ - تقدير الحالة الوظيفية الحاضرة للمريض بما في ذلك:

أ - التحصيل الدراسي الأكاديمي والمهني الحرفي.

ب - المهارات الحركية.

جـ - النضج الاجتماعي والانفعالي.

ب ـ تقسيم الفئات (الكلينيكة):

١ ـ التخلف العقلي البيني	ومعامل الذكاء ٨٣,٦٨٪
٢ ـ التخلف العقلي البسيط	ومعامل الذكاء ٦٧,٥٢٪
٣ ـ التخلف العقلي المتوسط	ومعامل الذكاء ٥١,٣٦٪
٤ ـ التخلف العقلي الشديد	ومعامل الذكاء ٣٥,٢٠٪
٥ ـ التخلف العقلي الجسيم	ومعامل الذكاء أقل من ٢٠٪

٦ ـ التخلف العقلي غير المعين: وهذا الاسم لا يطلق إلا على المرضى الذين لا يمكن تقدير وظائفهم الزهنية على وجه التحديد ولكن يمكن التأكد بوضوح على انهم متخلفين.

جـ ـ الأسباب: ويورد الدليل السابق أسباب التخلف العقلي وهي:

١ ـ يحدث التخلف عقب عدوى أو تسمم والمثال على ذلك حدوثه بعد مرض الدماغ بسبب التطعيم، وعقب مرض الدماغ الصفراوي، وعقب مرض الدماغ المصاحب لتسمم الحمل.

٢ ـ بعد إصابة أو تسمم جسمي والمثال على ذلك: التعرض للإشعاع قبل الولادة. والاختناق والإصابات الآلية والاختناق عقب الولادة.

٣ ـ اضطرابات الأيض (عمليات الهدم والبناء في الجسم) والغدد الصماء والتغذية والمثال على ذلك: مرض البول والضمور الكبدي: وهو مرض ناتج عن نقص إفراز الغدة الدرقية في الطفولة وقبل الولادة، وقد يعني ضعف فهمه وعجز عن الحجة.

٤ ـ الأمراض المخية الجسمية عقب الولادة والمثال على ذلك: الأورام والتليف التدريني.

٥ ـ التشوهات الخلقية في الرأس أو المخ قبل الولادة والمثال على ذلك: استسقاء الدماغ، وضيق الجمجمة وصغر الرأس وغياب انسجة المخ.

٦ ـ اضطراب كروموزومي مثل مرض المنفولية وتشوهات كروموزومات الجنس.

٧ ـ الحرمان النفسي والاجتماعي ويختص هذا السبب بكثير من حالات التخلف العقلي عندما لا توجد أسباب تدل على مرض عضوي أو باثولوجي، ولكن يوجد تاريخ دال على حرمان اجتماعي ونفسي، والمثال على ذلك التواجد في بيئة أسرية متخلفة ولا بد في هذه الحالة من وجود دليل على التخلف لدى واحد من الأبوين، وكذلك عند أخ أو أخت وبالإضافة إلى الحرمان البيئي يوجد ما يصاحب هذا الحرمان من أسباب أخرى مثل أن يحرم الشخص من الاثارة العادية في فترة الرضاعة والطفولة المبكرة فيترتب عليه العجز عن اكتساب المعلومات والمهارات.

فائدة إحصاءات نسب توزيع الذكاء في المجتمع: تفيد هذه الإحصاءات في التنبؤ، إذ أن إحصاءات نسب توزيع الذكاء في المجتمع تفيد في معرفة عدد ضعاف العقول به. فلو اتجهت النية في مجتمع من المجتمعات لعمل مدرسة لضعاف العقول وكان عدد سكان هذا المجتمع ٢٠ عشرون ألفاً مثلاً فيكون عدد ضعاف العقول به حسب إحصاء اليونسكو السابق:

$$\frac{٢٠ \times ٢,٢}{١٠٠٠} = ٤٤٠$$ ضعيف عقلي.

أي يكون عدد ضعاف العقول في هذه المدينة ٤٤٠ وبناء على هذا العدد يمكن حساب الميزانية الخاصة بانشاء المدرسة التي يقيمون فيها بما تتضمنه من فصول تعليم وورش تدريب ووسائل ايضاح، ومدرسين ومدربين وملاعب وهوايات. وبذلك يكون التخطيط لإنشاء المدرسة قائماً على أساس سليم.

فائدة تحديد مستوى الذكاء في كل فئة: يفيد ذلك فائدة كبيرة في توافق الإنسان في الحياة وفي العمل وبوجه خاص في اختيار المهنة المناسبة لكل فئة من فئات الذكاء، وذلك لأن العمل المناسب يحقق

للإنسان ذاته وتحقيق الذات كما نعلم مظهر من مظاهر الصحة النفسية وحرمان الشخص من تحقيق الذات يسبب اضطرابات انفعالية. ولذلك فمن الضروري البحث عن العمل المناسب بكل فئة من هذه الفئات أو الدور الذي يمكن أن تؤديه كل فئة في الإطار الاجتماعي العام.

د ـ **العلاج**: يمكن تحقيق أكبر قدر من التوافق لحالات التخلف العقلي المختلفة من خلال العديد من الإجراءات العلاجية المختلفة مثل:

١ ـ الكشف عن القدرة على التدريب.
٢ ـ العلاج الطبي.
٣ ـ العلاج في البيئة الأسرية.

أولاً ـ الكشف عن القدرة على التدريب: تأخذ الاتجاهات الجديدة في مجال خدمة ضعاف العقول عند تقديم هذه الخدمة على عاتقها تقسيم ضعاف العقول إلى ثلاث فئات:

أ ـ الطفل الذي يحتاج للإيداع في المؤسسة.
ب ـ الطفل الذي يستطيع التدريب في المنزل.
جـ ـ الطفل الذي يستطيع التعليم في مدارس بها برامج خاصة للمتخلفين عقلياً.

والفئة الأولى تمثل الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية جسمية وعلاج طبي ولتوفير هذه العناية لا بد من إيداعه مؤسسة، وقد يكون الطفل في حاجة إلى إيداعه مؤسسة ضعاف العقول إذا كان أبواه عاجزان عن الإشراف الصحيح أو يكون مصدر خطر على نفسه أو على الآخرين وتبذل المجهودات في مؤسسات التخلف العقلي لتدريب قدرات هذه الفئة وتنميتها ليتحقق لها أكبر قدر من التوافق الحركي والعقلي.

والفئة الثانية تمثل الأطفال الذين يظهرون القدرة والمهارة على

حماية أنفسهم أو يظهرون القدرة على التدريب على المهارات الاجتماعية والحركية، ولذا يكون من المفضل رعايتهم في داخل الأسرة وبين ذويهم مع تقديم النصح والمساعدة المهنية وان التدريب السليم والمناسب لهذه الفئة والذي عادة ما يكون بمساعدة مراكز التوجيه يحقق لهم أكبر قدر من التوافق في البيئة.

والفئة الثالثة تمثل الأطفال الذين يستطيعون التدريب في فصول خاصة بالمدارس العادية ويستطيع الطفل فيها ان يتعلم القراءة البسيطة والعد البسيط والاحتكاك الاجتماعي بالمدرسة ينمي لديه الاتزان الانفعالي.

ثانياً ـ العلاج الطبي: أجريت الكثير من البحوث والدراسات التجريبية لتحسن مستوى القدرة لدى ضعاف العقول ويعتبر حمض الجلوتاميك Gultamic acid من المكتشفات التي إذا تناولها ضعيف العقل عملت على تحسن ملحوظ في وظائف الشخصية الكلية. مع ارتفاع قليل في الذكاء والنشاط الذهني ويستمر هذا التحسن باستمرار اعطاء هذا الحمض مدى الحياة.

ثالثاً ـ العلاج الأسري: ان الاتجاهات الوالدية السلبية نحو الطفل ضعيف العقل تعمل على إعاقة توافقه توافقاً مناسباً وتتمثل هذه الاتجاهات في عدم الرضا عن كل ما يقوم به الطفل وليس ذلك فقط بل أن الآباء يقومون بالضغط على طفلهم طالبين منه الوصول لأعلى مستوى معين حتى ولو كان لا يقدر على اتيانه. وبالإضافة لمثل هذه الاتجاهات يبالغ بعض الآباء في عطفهم على أطفالهم فيستمر اعتماد هؤلاء الأطفال على أبائهم مما يعطل بالتالي استخدام هؤلاء الأطفال لقدراتهم في تدبير شؤونهم اليوم الخاصة.

ثالثاً ـ مظاهر سوء التوافق لدى المراهق

يلاقي الطفل بعد توافقه خلال مواقف الحمل والرضاعة والفطام

والنظافة صعوبات في القدرة على التوافق بعد ذلك عندما يصبر مراهقاً ، وذلك لأن نضجه لم يكتمل بعد كما أن عمليات التنشئة الاجتماعية وتشربه لقيم واتجاهات الوالدين وللعادات المنتشرة في بيئته لا زال تأثيرهال بسيطاً عليه. هذا من ناحية ومن ناحية ثانية فإن الطفل الذي أظهر عجزاً كبيراً في توافقه كنتيجة لقسوة الوالدين في ترشيدهم، وتوجيههم له يعاني الكثير من الاضطرابات والأعراض المرضية خلال فترة المراهقة دراسياً.

تأثير سوء التوافق لدى المراهق على تقدمه الدراسي: يتذبذب المستوى الدراسي عند الطفل نتيجة ما يحدث من نمو في جهازه العصبي وما يطرأ من تغيرات كبيرة في حواسه وأعضاء بدنه. ويتضح هذا التذبذب في أن الطفل الذي يكون متقدماً في تعليمه في السنين الأولى غالباً ما ينخفض هذا المستوى إلى حد كبير في نهاية تعليمه الابتدائي وأوائل تعليمه الإعدادي. ويستمر على هذا النحو سنة أو سنتين وسرعان ما يرتد بعد ذلك إلى مستواه الذي كان عليه من قبل. إلا أن هناك بعض المراهقين لا يعودون إلى مستواهم السابق فيظل عملهم المدرسي منخفضاً وتظهر عليهم بالإضافة إلى ذلك الاستغراق في الأحلام والأوهام والشرود الذهني.

وتظهر علامات سوء تقدمه في التعليم في أن يهمل واجبه المدرسي اليومي ويضعه في المرتبة الثانية بعد الانشغال في بعض المشاغل كقراءة الصحف والتدخل في المسائل المنزلية التي لا شأن له بها ويترتب على كل ذلك فشل المراهق في الامتحان ملقياً اللوم على المدرسين غير الأكفاء أو في ما يلاقيه في المنزل من معاملة غير مرضية.

ومن الممكن أن يكون سوء تقدم المراهق في دراسته أو وجود صعوبات تعليمية لديه راجعاً إلى العديد من العوامل مثل:

١ ـ مستوى الذكاء والقدرات العقلية.
٢ ـ سوء الحالة الصحية.
٣ ـ الاتجاهات الوالدية السلبية.
٤ ـ الحالة الانفعالية المضطربة.

أولاً - مستوى الذكاء والقدرات العقلية: أن تناسب ذكاء وقدرات التلميذ العقلية لما يقدم له من مادة تعليمية أم لا بد من الاطمئنان إليه، ومن الدراسات التي تشير إلى ضرورة مراعاة ذلك ما وجده ميدانياس ١٩٦٣ في بحث له عن الاستعداد الدراسي والتوافق حيث وصل معامل ارتباط ذكاء التلاميذ بتحصيلهم الدراسي ٠,٥٠ إذ يدل هذا المعامل المرتفع إلى ما سبق أن أشرنا إليه من اتساق مستوى التذكر مع مستوى التحصيل.

وفي بعض الحالات نجد أن قدرات التلاميذ أقل من المستوى اللازم للنجاح المدرسي، كما نجده في حالات التأخر العقلي، فالتعليم يحتاج إلى قدرة عقلية متوسطة لا يستطيع أن يبلغها ضعاف العقول. ويقع على عاتق المتخصصين في علم النفس في علاج اضطرابات التوافق لدى حالات الضعف العقلي من التلاميذ سواء كان هذا الاضطراب في مجال الدراسة أو في مجال الحياة.

وليس ضعاف العقول فقط الذين لا تتناسب قدراتهم مع التحصيل المدرسي بل إن الفرد الذي يصاب بمرض نفسي وقد أنهكه الصراع والذي يبدد طاقته، يصير أقل مقدرة على الانتباه والتركيز وبذل الجهد اللازم لمتابعة شرح المعلم أو مذاكرة الدروس مما يؤدي ذلك إلى الفشل الدراسي أو نقص التحصيل (٢٢ : ٦٠).

وللتغلب على عدم مناسبة المنهج لقدرة التلميذ استعملت «ماكينات التعليم» وهي آلة تشبه الراديو أو الآلة الكاتبة أو الصندوق وبها مجموعة من الأزرار يستخدمها التلميذ لتشغيل الشريط الذي برمج عليه المنهج، وبالآلة جهاز تسجيل ويعتمد استعمال هذه الآلة على قيام التلميذ بتعليم نفسه (آلة للتعليم الذاتي). وباختصار فإن هذه الآلة تقدم المنهج للتلميذ في شكل خطوات تستثير كل خطوة منها استجابة معينة: «كلام» أو «كتابه» أو «حركة» فإذا كانت الاستجابة صحيحة تقدمت الآلة إلى الخطوة التالية من برامج تقديم المادة وإذا لم تكن صحيحة صدرت منها إشارة تشير إلى أن التلميذ

قد أخطأ. ومن مزايا هذه الآلة والتي تعالج تناسب قدرة التلميذ وذكائه مع مادة منهج التعليم والتي نحن بصدد الكلام عنها أنها:

أ ـ تثبيت عنصر المدرس فلا تتركه معرضاً لكفاءة المدرس «س» وضعف مستوى المدرس «ص» أو للتقلبات المزاجية للمدرس «أ» والاتزان الانفعالي للمدرس «ب».

ب ـ إعطاء الفرصة للتلميذ لأن يتقدم في التعليم بالسرعة وبالقدرة التي تناسبه لأنه يجيء البرنامج المناسب لمستواه العقلي، كما أنه يستطيع إعادة أية خطوة يريد التثبت منها.

جـ ـ يعلم التلميذ أخطاءه في كل خطوة ويسهل عليه ذلك التخلص من العمليات العقلية التي قام بها وأدت لهذه الأخطاء.

د ـ إعلام التلميذ بخطواته الصحية أولاً بأول يثبت لديه العمليات العقلية التي قام بها وأدت للحل (٣٤: ١١٧).

ثانياً ـ سوء الحالة الصحية: مما يشير بشكل بارز إلى علاقة الحالة الصحية بالصعوبات التعليمية التي تواجه المراهق ما وجده «سيمون» Simon في دراسة له عن الصفات البدنية والاستعداد الدراسي عام ١٩٥٩ فوجد أن التلاميذ الذين رسبوا كانوا أقل نضجاً من الناحية الجسمية عن التلاميذ الذين نجحوا (٢٢: ٦٠).

فالصحة الجسمية سبب من أسباب الصعوبات التعليمية فالتلميذ الذي لديه نقص في السمع أو الأبصار أو لديه نقص واضطراب في خلايا الدم أو لديه فقر دم نتيجة سوء التغذية يجد بالتالي صعوبات في آداء عمله المدرسي بصورة ناجحة.

وللتغلب على ذلك يتم فحص التلاميذ كل مدة من الزمن وعند التحاقهم بالمدارس ويزودون بالأجهزة المختلفة التي تسد ما لديهم من ضعف في حواسهم، كما تقدم له التغذية مما يزيد من نشاطهم وانتباههم أثناء العمل المدرسي.

ثالثاً ـ الاتجاهات الوالدية السلبية: لبعض الآباء نظرة ضيقة فيما يتعلق بالعملية التعليمية فيحصرونها في نطاق ضيق ويقصرونها على التحصيل المدرسي لأبنائهم دون أي نشاط آخر. فإذا مارس التلميذ هواية أو لعبة اعتبروا ذلك خروجاً على العملية التعليمية حسب وجهة نظرهم فيقومون بتوجيه اللوم لأبنائهم والسخرية مما يفعلونه، وقد يصل الأمر إلى حد معاقبتهم. فيتمرد المراهق على والديه لإلحاحهم عليه بأن يستخدم عقله في الدراسة فقط في حين أن هناك حاجة كثيرة لا تلقي منهم سوى الإحباط وينتج عن هذا التمرد على رغبات الوالدين ويترتب عليه بالتالي وقوع المراهق في صراع فيهبط مستواه عما كان عليه.

ويتجه المختصون في مجال الصحة النفسية في هذه الحالة إلى علاج الوالدين وذلك بتغيير اتجاهاتهم نحو العملية التعليمية وأن «التعلم» السليم لا يقتصر على النشاط في حجرة الدراسة بل وفي خارجها أيضاً.

رابعاً ـ الحالة الانفعالية المضطربة: إن هبوط المستوى التحصيلي للمراهق لا ينبغي أن ينظر إليه نظرة جزئية بعيدة عن الموقف الكلي المحيط به. فالتغيرات التي تحدث للمراهق نتيجة عملية النمو سواء كانت هذه التغيرات عقلية أو فسيولوجية لها تأثيرها الكبير على مستواه الدراسي فخوف المراهق من الضرر الذي يقع عليه نتيجة بعض الأفعال الجنسية كالاستمناء. تلك النواحي تجعل المراهق (فتى ـ فتاة) مهموماً مما يترتب على ذلك تقصيره في أداء واجباته المدرسية.

والحالة الانفعالية من قلق واضطراب لا تنشأ من المشاكل الجنسية وحدها بل أن المشاكل العائلية أيضاً تلعب دوراً كثيراً في التحصيل الدراسي للمراهق، فخوفه من انفصال والديه له علاقة بتأخره الدراسي، كذلك إذ يكون باستمرار منشغلاً عن سماع شرح مدرسيه بتوقعه لما سيحدث في المنزل من نزاع بين الوالدين أو ترك أحدهما للمنزل.

وبالإضافة إلى النواحي السابقة هناك الكثير من النواحي الأخرى لعل

من أبرزها انخفاض قدرة المدرس بحيث يصعب عليه توصيل المادة التعليمية للتلاميذ بإتقان.

مظاهر سوء التوافق لدى المراهق: مرحلة الطفولة السابقة لمرحلة المراهقة مرحلة تتسم بالهدوء وتتصف بالثبات الانفعالي مما يساعد الطفل على التحصيل المدرسي السليم والبناء. لكن سرعان ما يأتي البلوغ بتغيراته وتقلباته الفسيولوجية العنيفة، كما تظهر تغيرات في الوجه وأبعاد الجسم.

ويرافق هذه التغيرات البدنية تغيرات في الأحوال الانفعالية والمزاجية لدى المراهق كالخجل من إدراكه لنموه البدني على أنه شذوذ أو مرض وشعوره بالذنب نتيجة بروز الدفعات الجنسية وما يراه من أحلام فاضحة في منامه. وتنتاب المراهق إزاء كل هذا صراعات مختلفة تتمثل في تعارض إرادته الجزئية مع إرادة المجتمع بتقاليده المختلفة ـ وإزاء ما يعتري المراهق من صراعات يمكن أن نلحظ بعض مظاهر سوء التوافق لديه وخاصة فيما يلي:

١ ـ الهروب.
٢ ـ الجناح.
٣ ـ العادة السرية أو الاستمناء.
٤ ـ الجنسية المثلية والجنسية الغيرية.

أولاً ـ الهروب: يعتبر شكل من أشكال التمرد على الأسرة وينتشر ما بين عمر ١٢ ـ ١٨ ويعبر عن الضيق من السلطة الأسرية. ولقد وجد علماء النفس والأطباء والنفسيون أن الرغبة في الهرب تظهر في الأفراد الذين تكون لديهم أعراض الجنون المبكر والبارانويا والصرع ولا تستطيع بأي حال من الأحوال الجزم بأن كل حالة هرب هي بالضرورة حالة جنون، إنما الهرب تعبير عن الرغبة في التخلص من الضغط والرغبة في التحرر من سلطة البيت.

ثانياً ـ الجناح: ينتشر الجناح في فترة المراهقة وقد يكون المعنى

وراء الجناح والهدف منه هو الرغبة في الاستقلال والتحرر كما هو في حالة الهرب، كما قد يكون تعبيراً عما قاساه المراهق من حرمان في سنوات نموه السابقة. ومن أشكال الجناح السرقة ـ وكما سبق أن عرفنا قد لا تكون السرقة هدفاً في حد ذاته بل قد تكون بغية الحصول على مكانة اجتماعية بين الأصدقاء والزملاء تلك المكانة التي يفتقدها المراهق داخل أسرته. ومن المظاهر الأخرى للجناح التي تشيع بين المراهق لجوء بعضهم للخداع والغش فيلجأ لذلك بهدف الحصول على درجات مرتفعة في الامتحانات مثلاً.

وبيئة الجانح لا يمكن أن تكون هي السبب الوحيد في جناحه لأن البيئة المنزلية للجانح ما هي إلا عامل واحد فقط من هذه العوامل فالاختلاط برفاق السوء، والشعور بالنقص والميل إلى تكوين صداقة مع آخرين ينتمون لمستوى اقتصادي أقل يعتبر من عوامل الجناح.

ثالثاً ـ العادة السرية أو الاستمناء: تنتشر ممارسة العادة السرية أو الاستمناء لدى البنين والبنات في فترة المراهقة وذلك باستثارة مشاعر اللذة من خلال تلمس أو العبث في أعضائهم الجنسية.

ولا ينغمس المراهق في العادة السرية نتيجة ضغط التوترات الجنسية بل تكون العادة السرية عرض من أعراض القلق، وهرباً من مشاكل الحياة اليومية أو عندما ينزل بالفتى المراهق عقاب فيؤدي به ذلك إلى الارتماء في أحضان العادة السرية. وينتج عن الشعور بالذنب نتيجة ممارسة العادة السرية آثار عقلية وانفعالية ضارة. ويمكن علاج انغماس المراهق في العادة السرية بتوجيه اهتماماته بموضوعات أخرى يصرف فيها جهده وطاقته مثل الرحلات والرياضة مما يساعد على تكيفه وتوافقه توافقاً سليماً مع الآخرين.

رابعاً ـ الجنسية المثلية والجنسية الغيرية: تعتبر المراهقة مرحلة انتقال إلى النضج الجنسي الذي يتطلب تحويل الطاقة الجنسية إلى موضوع من

الجنس الآخر. ويتحقق هذا التحول أو الانتقال بعد مرحلة كبيرة من الصراع النفسي الشديد، ويرجع ذلك إلى أن بروز الدافع الجنسي وشدة تحفزه للانطلاق يخلق لدى المراهق حالة من القلق تتمثل في الخوف من أن يتحقق هذا الحافز الجنسي تحققاً واقعياً فينشأ ضد هذا الحافز الجنسي نواحي دفاعية تتمثل في تجنب الشخص من الجنس الآخر، والذي عادة ما يكون الأب لا شعورياً (بالنسبة للمراهقة) وتتركز دفاعاته ضد أبيها في محاولة النفور منه ومن كل ما يقوم به من سلوك.

ويبدأ إزاء ذلك الانتقال إلى تكوين علاقة مع شخص من نفس الجنس وذلك تعبير عن الجنسية المثلية والشذوذ هنا يتمثل في دوام هذه العلاقة بحيث تظل مصدراً لا يمكن الاستغناء عنه للإشباع الجنسي (١٤ : ٥٧).

الفصل الرابع

حيل وأساليب التوافق

مقدمة: تعتبر حياة الإنسان سلسلة من العمليات التوافقية والتي يقوم فيها بتغيير سلوكه عند الاستجابة للمواقف المختلفة من أجل إشباع حاجاته، لكن الظروف المحيطة بالإنسان تحول بينه وبين إشباع هذه الحاجات أحياناً، فيحاول الإنسان تبعاً لذلك البحث عن بديل يؤدي به إلى الحصول على تلك الحاجات مما يقلل من توتر.

وقد يميل الإنسان خلال العملية التوافقية إلى الحلول البديلة التي لا تصل به إلى الحل كأن يوجه اللوم لغيره على ما حدث له من فصل في عمله مثلاً أو يرجع سبب فصله لسوء النظام الاقتصادي والوظيفي.

أسلوب الحياة: وهذا أمر عادي أن يلجأ الإنسان حينما يواجه صعوبة أو عقبة لا يصلح في حلها السلوك المألوف والخبرات السابقة إلى تحرير سلوكه لكي يتكيف مع المواقف الجديدة. ولكل إنسان أسلوبه في التوافق أو أن لكل إنسان ما يسمى «أسلوب في الحياة» life Style وهي طريقة الفرد وأسلوبه في الأخذ والعطاء مع الناس في تعامله الاجتماعي، وفي حل مشاكله وفي تغلبه على ما يواجهه من عقبات. وتبعاً لذلك الأسلوب يختلف الناس من حيث قدرتهم وأسلوبهم في التوافق اختلافاً كبيراً. فمنهم من يسلك أساليب موفقة سليمة بإزالة العقبة أو حل المشكلة بطريقة إيجابية إنشائية فإن لم يوفقوا لمثل هذا الحل بحثوا عن حلول بديلة أو بدلوا من حاجاتهم ودوافعهم التي لم تشبع ويستجيب بعض الناس لما

يواجههم من مشكلات باستخدام أساليب ملتوية فيعتدي بالضرب على أبنائه أو يثور بغضبه فيهم أو أن يستسلم لأحلام اليقظة.

أنواع الصراع: وبطبيعة الحال فإن الإحباط ينتج من التصادم بين دافعين يخرجان في اتجاهين متعارضين فينشأ عن ذلك حالة من الصراع. وأنواع الصراع ثلاثة هي:

أنواع الصراع: وبطبيعة الحال فإن الأحباط ينتج من التصادم بين دافعين يخرجان في اتجاهين متعارضين فينشأ عن ذلك حالة من الصراع. وأنواع الصراع ثلاثة هي:

ب ـ صراع الأحجام المزدوج: Double avoidance حيث يجب على الفرد أن يختار بين ضررين بأن يقوم الفرد بممارسة عمل غير مرغوب فيه أو أن يخسر كل ما لديه من نقود.

جـ ـ صراع الأحجام الإقدام: Approach avoidance مثل تكبد الفرد الكثير من المشاق والتعب عند الاقتراب من هدف سار مثل السعي لمجد بطولي مع ما في ذلك من تعرض للخطر (٢٣ : ٧٨).

مصادر عقبات تحقيق الهدف: تتمثل مصادر العقبات التي تحول دون تحقيق الفرد لأهدافه فيما يلي:

١ ـ البيئة الاجتماعية.
٢ ـ القصور الجسمي والعقلي.
٣ ـ اضطراب التكوين النفسي.

أولاً ـ البيئة الاجتماعية: تعزى الكثير من العقبات التي تقف دون إشباع الفرد لحاجاته إلى الضوابط والقيود التي تضعها البيئة الاجتماعية وتعتبر البيئة الاجتماعية من أهم مصادر الزمت الشديد، وذلك لما تقيمه من قوانين وقيود تحيط بالفرد وتعوقه عن إشباع مطالبه وحاجاته.

ثانياً ـ القصور الجسمي والعقلي: وينشأ الحرمان لدى بعض الأفراد

نتيجة النقص في إمكانياته العقلية والحركية. فقد لا يمتلك الشخص مستوى الذكاء الذي يمكنه من دخول كلية الهندسة ليتحقق هدفه في أن يصبح مهندساً معمارياً أو ميكانيكياً، كما أنه قد لا يمتلك البنيان البدني الذي يجعله رياضياً فيتحقق ما يحلم به من شهرة. وهكذا يصبح القصور الجسمي والعقلي سبباً في شعور الفرد بالحرمان.

ثالثاً ـ اضطراب التكوين النفسي: إن فصل دوافع الإنسان وحاجاته عن بعضها البعض أمر صعب. فغالباً ما تتشابك هذه الحاجات ببعضها نظراً لما يوجد بينها من رباط عام، وعلى هذا الأساس تتصف الدوافع والحاجات بشدة التعقيد. ويتضح التضارب أو التعارض عندما تشبع حاجة على حساب حرمان حاجة أخرى، كأن يرضي رغبات والديه دون أن يرضي حاجاته.

أساليب التوافق السوي: من حيل وأساليب التوافق السوي في حالة الإحباط والصراع نجد أنها تتمثل في المحاولات الشعورية التالية:

١ ـ زيادة الجهد للتغلب على العقبات.

٢ ـ النظر للمشكلة من جميع الأوجه وتحليل جوانبها السلبية والإيجابية وإعطاء وزن لكل جانب.

٣ ـ تخفيض الهدف أو تعديله.

٤ ـ التوفيق بين العوامل المتصارعة بتأجيل إشباع أحدها أو تفضيل أحدها على الآخر.

٥ ـ أن يقوم الفرد باستبدال حاجة بحاجة أخرى غيرها كأن يلجأ لزمت (المكبوت) جنسياً إلى الرياضة البدنية أو الرسم.

أساليب التوافق اللاسوي: عندما يعاني الفرد من الإحباط الشديد لمدة طويلة من الزمن فإن عدم تمكنه من تحقيق هدفه قد يؤدي إلى شعوره بالقلق والفشل ويستبدل سلوك حل المشكلة بسلوك يهدف إلى الدفاع عن الذات وعما يهدد مكانته وتقدير الآخرين واحترامهم له. وينشأ عن ذلك أن يتكون لدى الفرد ردود أفعال أو استجابات أو حيل دفاعية لا شعورية.

والحيل الدفاعية هي المحاولات اللاشعورية التي يخفف بها الفرد قلقه وتوتراته الناجمة عن الإحباطات والصراعات التي لم تحل.

ومن أهم هذه الحيل:

١ ـ العدوان	Aggression
٢ ـ النكوص	Regression
٣ ـ الانسحاب	withdrawal
٤ ـ الكبت	Repression
٥ ـ تكوين رد الفعل	Reaction Formation
٦ ـ التبرير	Rationalization
٧ ـ الإسقاط	Projection
٨ ـ التعويض	Compensation
٩ ـ التحول	Conversion
١٠ ـ الإنكار	Denial
١١ ـ الإزاحة	Displacement
١٢ ـ التوحد (التقمص)	Identification

ويحاول بعض علماء النفس تصنيف بعض هذه الحيل في فئات كبرى على النحو الآتي:

أ ـ الحيل الاعتدائية ويدخل في نطاقها.

١ ـ العدوان.

٢ ـ الإسقاط.

ب ـ الحيل الهروبية ويدخل تحتها:

١ ـ النكوص.

٢ ـ التبرير.

جـ ـ حيل استبدالية غير موفقة مثل:
١ ـ التعويض.
٢ ـ النقص.

وسنتكلم فيما يلي عن كل حيلة من الحيل الاثني عشر السابقة.

١ ـ العدوان: ينفس التوتر الشديد المستمر المترتب عن الأحباط عن نفسه بما يقوم به الفرد من عدوان. وللعدوان صور مختلفة فقد يكون عن طريق العنف الجسمي أو العدوان بالقذف اللفظي كالتشهير والإيقاع بين الناس والكيد لهم. وقد يأخذ العدوان صورة النقد والتندر والتهديد، كما قد يأخذ صورة الغضب والأفعال المتصفة بالتهيج والعنف.

وقد لا يوجه العدوان على الأفراد أو المواقف التي انتجت الإحباط، ولذلك ينصب العدوان على أول «كبش فداء» يجده الفرد أمامه. فالموظف الذي يلقي من رئيسه نهراً أو ذماً أو أي صورة من صور الإيذاء، وفي نفس الوقت لا يستطيع أن يدفع عن نفسه ذلك فإنه عندما يذهب إلى منزله بعد انتهاء عمله يثور في أولاده ويوجه لهم كافة صور النقد. وقد لا يستطيع الفرد توجيه العدوان للعالم الخارجي فيوجه العدوان إلى داخله فيقوم بإيذاء نفسه.

ولقد وجدت شارلين ت. ماير Charlene T. Mayer في دراستها للعلاقة بين سلوك الآباء وعدوان الأبناء أن التدخل في تهذيب وتأديب الأطفال يرتبط ارتباطاً موجباً بدرجات عدوان الطفل فيبلغ ٠,٥٧، كذلك الخلافات المنزلية ترتبط بالعدوان ارتباطاً موجباً يصل إلى٠,٤١ أي أن التدخل في تأديب الطفل والخلافات المنزلية يؤديان إلى زيادة العدوان لدى الأبناء، وفي مقابل ذلك فإن فهم مشكلات الأبناء واستخدام الديمقراطية كأسلوب في تربية الطفل يؤديان إلى خفض درجة العدوان لدى الأبناء (٢٤ : ٣٧٥).

٢ ـ النكوص: يعتبر النكوص من الحيل التي يعود فيها الفرد إلى

استعمال أساليب تشير إلى التكيف غير الناجح كان يستخدمها الفرد في مرحلة سابقة من مراحل نموه، وهذا ما نراه لدى البعض عندما يواجهون مصاعب في حياتهم فنجدهم يلجأون إلى الإفراط في الحنين إلى الماضي حيث كانوا ينعمون بالراحة والنعيم دون تحمل لمسؤوليات وواجبات تقتضيها الظروف الراهنة.

وقد نلمس استخدام الأطفال لمثل هذه الحيل فعندما يجد ابن من الأبناء أن أمه قد وجهت حنانها وعطفها إلى أخيه الأصغر منه فإنه يأخذ في التبول اللاإرادي أو يقوم بمص أصابعه أو قضم الأظافر كما سبق أن بينا.

٣ ـ **الانسحاب**: يذهب كرتش وزملائه Krech and others إلى أن الموقف الإحباطي الذي يتعرض له الفرد قد يؤدي إلى الانسحاب منه، وذلك بإقامة الحواجز النفسية التي تعزله كلية عن الاتصال بهذا الموقف. والمثال على ذلك أصحاب الرأي والاتجاهات السياسية فعندما تعاق آرائهم واتجاهاتهم ولا تجد المنافذ المعروفة للتعبير عنها لرفض المجتمع لها فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون كل الميل ويرفضون المشاركة بنشاط في العمل السياسي وتتكون لدى هؤلاء الأفراد تبعاً لذلك السلبية في سلوكهم فيصبحون غير منتجين ولا يستفيد منهم المجتمع بشيء.

٤ ـ **الكبت**: هناك فرق بين الكبت والقمع supression فالقمع محاولة الفرد السيطرة الشعورية على الدوافع والمشاعر والخبرات غير المرغوبة من قبل المجتمع.

أما في الكبت فإن الفرد يقوم بإخضاع حاجاته المحبطة لقوى تجعلها صعبة المنال في الواقع ونتيجة لذلك فإن الفرد ينسى أو يكبت هذه الرغبات غير المشبعة.

٥ ـ **تكوين رد الفعل**: أو التكوين العكسي ويعبر ذلك عن قيام الفرد بسلوك مخالف لما يود ويرغب أن يحققه مثل مبالغة الأم في العناية بأبنائها، فإن ذلك قد يعكس كراهية شديدة نحوهم لأنهم نتائج زواج غير سعيد.

٦ ـ **التبرير**: يعني التبرير قيام الفرد بتبني أسباباً معقولة لما يقوم به من أخطاء أو لما ينتج عنه من فشل دراسي أو لما يعتنقه من قيم ومعتقدات أو آراء تتصل بالسياسة، فالتلميذ الذي يغش في الامتحان يذهب إلى القول بأن الامتحانات أساليب تقليدية لا تصلح في المقارنة بين الناجحين والفاشلين أو بين الأذكياء وغير الأذكياء. وبهذا فإن التبرير من الحيل التي يدفع بها الإنسان عن ذاته ما يسبب لها الأذى والألم.

٧ ـ **الإسقاط**: ويتمثل الإسقاط في قيام الفرد بنسبة ما لديه من صفات وخصائص غير مرغوب فيها إلى الآخرين، وذلك كالشخص الذي يشعر بذنب يسبب تصرفاته غير الأخلاقية فيعكسها على الآخرين واجداً فيهم أسباب خطئه أو خطيئته، كذلك الزوج الذي لديه رغبة لا شعورية في خيانة زوجته يميل إلى اتهامها بالخيانة.

٨ ـ **التعويض**: يلجأ الفرد لهذه الحيلة محاولاً التغلب على شعوره بالعجز سواءاً كان هذا العجز حقيقياً أو متخيلاً، وقد يكون التعويض مباشراً أو غير مباشر، ويبدو التعويض المباشر في رغبة الإنسان النجاح في مجال من مجالات الحياة كعمل أو مهمة فيه الفرد من الفشل أو العجز. أما التعويض غير المباشر فهو محاولة الفرد النجاح في ميدان آخر غير الميدان الذي سبق له الفشل فيه كالطالب الذي فشل في التعليم فيحاول تعويض هذا الفشل في النجاح في النشاط الاجتماعي.

وهناك ما يسمى بالتعويض الزائد فيبلغ الإسراف في التعويض حد الاستعلاء والعدوان، كما نرى في مجال جناح الأحداث الذين يهربون ويسرقون ويتشاجرون ليثبتوا لأنفسهم وللناس أنهم غير ضعفاء.

٩ ـ **التحول**: عندما يعجز الإنسان عن مواجهة موقف من المواقف الخارجية فإن الفرد يهرب من هذه المواقف إلى الكسب عن طريق المرض في أحد حواس الجسم أو في أحد أعضائه. كالطالب الذي لم يستذكر دروسه نجده يوم الامتحان لم يستطع الإجابة على الأسئلة فيحدث له شلل

في يده التي يكتب بها ليعزو فشله لمرض يده. وكالجندي الذي لا يقدر على مواجهة المعركة فتشل قدمه ولا تقوى على السير لكي يحمله زملائه لأقرب مستشفى بالميدان.

١٠ ـ **الإنكار**: من خلال الإنكار يستطيع الفرد أن يتجنب العوامل المسببه للألم، وذلك بالإنكار لا شعورياً لما لدى الفرد من رغبات أو أفكار أو أي موضوع خارجي. ومن صور الإنكار أن يلجأ الفرد إلى التجاهل التام لما في الواقع من جوانب مؤلمه.

١١ ـ **الإزاحة**: في هذه الحيلة يتم توجيه ما لدى الفرد من مشاعر مكبوتة نحو أفكار أو موضوعات أو أفراد غير تلك التي كانت الأساس في نشوء هذه الانفعالات ويتضح ذلك في شعور الحب الذي لا يستطيع الفرد أن يوجهه لصاحبه فيقوم بتوجيهه لأحد أقاربه أو لأحد أبنائه.

١٢ ـ **التوحد**: ويعني بالتوحد رغبة الإنسان لا شعورياً في القيام بإدماج شخصيته في شخصية فرد آخر يود أن يتصف بصفاته وسماته لأنه يشعر بالعجز والنقص بالنسبة لهذه الخصائص والسمات.

وفي مجال الاضطرابات النفسية نجد بعض المرضى النفسيين يتقمصون شخصية نابليون أو الملك مينا فيتشبهون بهما في قاسمهما ومشيتهما.

ويحدث التوحد في جميع الأعمار ففي الطفولة يتوحد الطفل بأبيه، وفي المدرسة بمدرسه. وبهذا فإن التقمص مصدر سوي للإشباع التوافقي، ولكنه يرى أيضاً في أكثر حالات عدم السواء تطرفاً كما سبق أن رأينا (٢٤ : ٣٧٥).

الخلاصة: وهكذا نجد أن هذه الحيل والأساليب التوافقية لا تستطيع أن تحل المشكلة التي يقع فيها الفرد وأن عملت على خفض التوتر كالانزوار الذي يجعل الفرد يشعر بأنه غير فاشل في صلاته مع الناس، لكنه

لا يؤدي إلى تحسن في هذه الصلات. أي أن هذه الأساليب تشبع الدوافع بشكل وهمي، ولا تحل المشاكل بل تزيدها سوءاً.

ويكتسب الإنسان تلك الأساليب بالمحاولة والخطأ وعن طريق معايشته للناس وتشربه للأشكال السلوكية المختلفة التي يقومون بها فيعمل على تقليدها مرة تلو الأخرى حتى تصبح هذه الأساليب شيئاً ثابتاً لديه وجزءاً من شخصيته.

الفصل الخامس

صور الانحراف عن الصحة النفسية

مقدمة: يشار في الكتب والمراجع الخاصة بالأمراض النفسية والصحة النفسية إلى كثير من التقسيمات والتصنيفات. والتي بدأت بتصنيف «كريبلين» Kraephin (١٨٥٦ ـ ١٩٣٦)، ثم تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩١٧ والذي عدل في عام ١٩٤٤ للحاجة لتصنيف يلائم الانحرافات المتصلة بصدمات الحروب، ثم أخيراً التصنيف النهائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٥٢ والذي قسمت الاضطرابات العقلية لفئتين الأولى المرتبطة بتلف في الدماغ العضوية والثانية المرتبطة بسوء التوافق (٢٣ : ١٤).

وبناء على توجيه المؤتمر العربي الأول للطب النفسي المنعقد في القاهرة في ديسمبر ١٩٧٨ تأكدت ضرورة توحيد المصطلحات والتعريفات العلمية بما يشمل ذلك إعداد دليل للأمراض النفسية (٤٠ : ١٢٢).

ولقد أشار تقرير الجمعية المصرية للطب النفسي الخاص بذلك الموضوع إلى وجود العديد من التصنيفات التالية:

١ ـ التقسيم الفرنسي ١٩٦٨.
٢ ـ التقسيم العالمي التاسع للأمراض النفسية ١٩٧٧.
٣ ـ التقسيم الأمريكي الثالث للأمراض النفسية ١٩٧٨.

أما في هذا الفصل فسنسير على أساس التصنيف التالي للانحراف عن الصحة النفسية.

١ ـ الذهان.
٢ ـ العصاب.
٣ ـ السلوك المضاد للمجتمع كالجناح والجريمة والسيكوباتية.
٤ ـ الاضطرابات السيكوسوماتي.

ويقوم هذا التصنيف على أساس أن كل انحراف من الانحرافات السابقة يمثل اضطراباً في جانب من جوانب البناء النفسي للإنسان وهذه الجوانب هي:

١ ـ الجانب العقلي.
٢ ـ الجانب الانفعالي.
٣ ـ الجانب السلوكي.
٤ ـ النفسي جسم.

حيث يمثل الذهان اضطراباً في الجانب العقلي، ويمثل العصاب اضطراباً في الجانب الانفعالي، والسلوك المضاد للمجتمع يعكس اضطراباً في الفعل أو السلوك، والأمراض السيكوسوماتية تشير للاضطراب في النفس جسم.

أولاً: الذهان

يعرف «الدليل العصري لتقسيم الأمراض النفسية» الذي أعدته الجمعية المصرية للطب النفسي والسابق الاشارة آليه، يعرف هذا الدليل الذهان:

«بأن الشخص حين يوصف بأنه ذهاني Psychotic فإن ذلك يعني وجود تغير نوعي أكيد، أو تغير كمي شديد للشخص ويكون هذا التغير معوقاً لوظائفه العقلية. ويشير الذهان إلى الأمراض العقلية الشديدة التي تختل فيها الوظائف العقلية لدرجة جسيمة تعوق قدرة الشخص على أن

يعيش بشكل متوازن كما اعتاد أن يفعل أو بالنسبة للطفولة كما نتوقع له أن يفعل وينتج هذا الخلل عما يلي:

١ ـ خلل impairment شديد في القدرة على التعرف على الواقع أو على اختياره أو تقييمه.

٢ ـ تغير جسيم في العواطف لدرجة تعوق الاستجابة المناسبة.

٣ ـ نقص شديد في الإدراك واللغة والذاكرة يعوق بشدة قدرة المريض على الاستيعاب الذهني لموقفه.

٤ ـ درجات مختلفة من تناثر (عدم انتظام الشخصية) Disorganization.

وفي ضوء معني الصحة النفسية ومقتضيات الوقاية والعلاج للأمراض العقلية، يشير الدليل السابق إلى أنه أصبح من الواجب عدم الانتظار حتى لا يصل المرض لدرجة الاستقرار والشدة. بل ان الذهان ينبغي أن يشخص في بداية التغير النوعي في الشخص وذلك بهدف إجهاض تقدم المرض، وبالتالي تغيير المسار. وبهذه الصورة وعلى هذا الأساس فإن بداية الذهان تتصف بسوء تأويل الإدراك في حين يكون تأثر الشخصية لم يظهر بعد (٤٠ : ١٢٢).

أمراض الذهان: يتفق سنافورد كلارك (٤١ : ٢٣٤) مع لورنس شافر (٢٤ : ٤٠٨) في أن أعراض الذهان هي:

١ ـ الاستجابة الانفعالية المتطرفة.

٢ ـ الهذيانات.

٣ ـ الهلوسات.

٤ ـ عدم التعرف على المكان والزمان والأشخاص.

٥ ـ الخبل.

٦ ـ التفكك.

٧ ـ البلادة الانفعالية.

(١) **الاستجابة الانفعالية المتطرفة**: ويعني بالاستجابة الانفعالية المتطرفة extreme emotional response التراوح بين أشد حالات العناء والإسراف في التشاؤم واليأس وبين الشعور بالانشراح والمرح المرضي المصحوب بالضحك والكلام الصاخب والنشاط الحركي الزائد. والمريض في هذه الحالة يكون مسرفاً في السعادة دون أن يعرف السبب. ويطلق على هذه الحالة اسم «الهوس» في حالة اصطحاب هذه الحالة بالنشاط الحركي الزائد.

وفي أحيان أخرى تتمثل الحال الانفعالية المتطرفة لدى الذهان في حالة تطلق عليها اسم «التهيج» إذ تظهر على المريض فيها نوبات شديدة من الغضب لمدة قصيرة من الزمن وذلك على الرغم من عدم وجود أي مثيرات أو أسباب بالبيئة الخارجية تعمل على ظهورها. والذين تظهر لديهم هذه الحالة عدد قليل من المرضي (٢٤: ٤٠٨).

(٢) **الهذيانات (الهذاءات)**: ويعرفها ستافورد كلارك بأنها عبارة عن معتقدات شاذة غريبة خاطئة Morbid false beliefs تغلب على الصورة الاكلينيكية وعلى سلوك المريض (٤١: ٨٣).

وتثبت هذه الهذيانات Delusions في عقل المريض بشكل غير قابل للتغيير (٢٣: ٤٥). وهناك نوعين منها: الهذيانات المنظمة والهذيانات غير المنظمة. وتتصف الأولي بالتماسك والاتقان والقبول في الظاهر، وتتطلب فحصاً دقيقاً لمحتواها لاكتشاف ما بها من زيف وسخف وأخطاء. أما الثانية فهي غير متماسكة ومتقلبة من حين لحين، وشفافة في زيفها أي أن زيفها ظاهر وواضح ولا يحتاج لعناء في اكتشافه.

وتوجد ثلاثة أنواع للهذاءات هي:

١ ـ **الهذيانات السوداوية**: حيث يعتقد المريض أنه مخطىء منبوذ من المجتمع لارتكابه الخطيئة التي لا تغتفر، وكذلك يعتبر أنه أهل لأي عقاب يوقع عليه.

٢ ـ الهذيانات الاضطهادية: يكون الأمر على العكس مما في الهذيانات السوداوية حيث يرجع السبب إلى المؤامرات التي يديرها الآخرون من كبار رجال الدولة فهم سيقتلونه وهو بدوره يضع الخطط الدفاعية لردع ذلك. وبتطور مضمون هذه الهذيانات تبعاً للتغير التكنولوجي فالشركات ترسل موجات من الصدمات الالكترونية التي تصيب أجسامهم.

٣ ـ هذيانات العظمة: وفي هذيانات العظمة يعتقد المريض أنه شخصية عظيمة ويتصف هذا النوع من الهذيانات بأنه أقل تنظيماً فيسلك المريض كما لو كان قائداً في المنفى أو مخترعاً سرقت مخترعاته.

وقد يحدث أن تتسلسل إصابة المريض بهذه الأنواع الثلاثة من أعراض الهذيانات حسب تسلسل سردنا السابق لها. ففي بادىء الأمر يحدث للمريض حالة من الفكر واليأس فتظهر عنده الهذيانات السوداوية، وبعد ذلك ينسب ما أصابه من بؤس وشقاء إلى غيره فتتضح لديه هذيانات الاضطهاد، ولكي يبرر المريض ما يوجه إليه من اضطهاد فيعزو ذلك إلي تفرده عن غيره بفعل المخترعات وغير ذلك من هذيانات العظمة.

٣ ـ الهلوسات: ويقصد بالهلوسات Hallucinations رؤية المريض الذهاني لأشياء أو أشخاص، أو سماعه لأصوات تناديه أو تخاطبه، أو إحساسه بأشياء تلمسه أو يشمها دون أن يكون لأي منها وجود في عالم الواقع.

٤ ـ عدم التعرف على المكان والزمان والأشخاص: يوجد لدى كثير من المرضي الذهانيين من لا يعرف اسم اليوم أو التاريخ (الزمان) ولا يعرف أين يوجد الآن (الكان)، ولا يعرف أسماء أقرب المقربين له (الأشخاص).

٥ ـ الخبل (الانحلال): ويعني بالخبل Dementia انحلال السلوك العقلي للمريض أي نقص الكفاية الذهنية لديه. وهناك نوعين من الانحلال أحدهما يتعلق بالذاكرة والآخر بالقدرة على التعليم.

(أ) **انحلال الذاكرة**: وفيه ينسي المريض المعلومات العامة بالحياة والسابق تعلمه لها بصورة رسمية أو غير رسمية. وقد يبلغ عدم التذكر حداً ينسي عنده المريض أسماء أقرب المقربين له وقد ينسى اسمه.

(ب) **انحلال القدرة على التعلم**: حيث لا يستطيع المريض تعلم مهارات كان في استطاعته تعلمها فيما مضي من عمره.

٦ ـ **التفكك**: ويقصد بالتفكك Disassociation عدم قدرة المريض على الربط بين خبراته وأفكاره بصورة متماسكة، وبتعبير آخر لا يستطيع المريض أن يدرك العلاقة بين خبراته الماضية وأفكاره الحالية فلا يستطيع التفكير بوضوح.

٧ ـ **البلادة الانفعالية**: وتتمثل البلادة الانفعالية Emotional blunting في عدم الاكتراث وفي التحرك، وتحدث (كلام) المريض ببطء. وقد يصل الأمر بالمريض إلى أن يظل فترة طويلة صامتاً قبل أن يجيب على سؤال بسيط يوجه إليه. ويظهر البلادة الانفعالية لدى المريض في نمطية الاستجابة فيقول عن صحته إذا سئل عنها: «بأنها كويسة» وعن المستشفى بأنها «كويسة أيضاً»...

أشكال الذهان: يصنف الذهان إلى مجموعتين هما:

(١) الذهان العضوي organic Psychoses، (٢) الذهان الوظيفي Functional Psychoses. ويقدم الدليل العصري للأمراض النفسية فئات كل مجموعة كما يلي (٤٠ : ١٢٢).

١ ـ **الذهان العضوي**: وهو تلك الاضطرابات العقلية الخطيرة التي ترجع لعوامل فسيولوجية معروفة لحد كبير مثل الشيخوخة وتصلب الشرايين في الدفاع، والتسممات الناتجة عن تناول الكحوليات وزهرى الجهاز العصبي، وإصابات الدفاغ والصرع.

ويصنف الدليل العصري لتقسيم الأمراض النفسية هذه المجموعة من الذهان العضوي إلى عدة فئات نذكر هنا الفئات الهامة والشائعة منها وهي:

(أ) عتة الشيخوخة وما قبل الشيخوخة: وتتمثل أعراضها في ضعف الذاكرة القريبة، وثراء الذاكرة البعيدة، ونسيان المريض الأشياء التي تعلمها، كما تظهر علامات الهذاء، وتصاب الحواس بالتدهور.

(ب) الذهان المصاحب لعدوى بالدماغ: كالجنون الشللي العام والذي يتصف بوجود أعراض وعلامات الإصابة العضوية بالزهري في الجهاز العصبي، كما توجد تغيرات مزاجية، ويفقد المريض القدرة على كف نوازعه، وتدهور في النواحي الحركية والعقلية. ويكون العلاج ببث ميكروب الحمي في المريض لرفع حرارته.

(جـ) الذهان المصاحب لحالات مخية أخرى: كالذهان المصاحب لتصلب شرايين المخ. ومن الصعب تمييز هذا المرض عن عته الشيخوخة. ولأن تصلب الشرايين يرجع لعوامل غذائية فإن العلاج يتركز في رعاية المرضى غذائياً بالابتعاد عن المواد الغذائية التي تساعد على تصلب الشرايين.

(د) الذهان الصرعي: وتتمثل الخاصية الأساسية للصرع في نوبة تشنجية وقبل حدوث النوبة يصاب المريض بعلامات ممهدة تشمل حالة قصيرة من الغثيان، وومضات من الضوء. وتبدأ النوبة الحقيقية عندما يصبح المريض متصلباً، ويقع فاقد الحس. وبعد ذلك تحدث الحالة التشنجية في شكل انقباضات كما تخرج رغاوي من فم المريض، وقد يعض لسانه وتأخذ النوبة بضع دقائق.

نوبات الصراع: ثلاثة (١) النوبة الكبرى ويصاب بها ٩٠٪ من مرض الصرع، حيث تسبق النوبة «فوحة aura» قرب حدوث النوبة، كما يحدث تخدير في أطراف الجسم ودوار في الرأس وارتعاش في الجسم وقد يعض المريض لسانه، (٢) والنوبة الصغرى ويصاب بها ٨٪ من الحالات ويستمر فقدان الشعور فيها من عدد من الثواني إلى دقيقة ولا تؤدي هذه النوبة

لخلط عقلي، وقد تحدث عدة مرات في اليوم، (٣) النوبة النفسية الحركية: ويصاب بها ٢٪ ويفقد فيها المريض الشعور ومع هذا يكون قادراً على القيام بأعمال موجهة، وقد يرتكب المريض بعض الجرائم، وقد تستمر النوبة عدة أيام وقد تقتصر على عدة ثواني.

وأسباب الصراع: قد تكون وراثية، أو بيولوجية متمثلة في عسر الولادة أو نقص السكر في الدم مما يؤدي إلى اضطراب في عمليات الايض.

تشخيص الصرع: يسهل تشخيص بعض أنواع الصرع كما في حالة أعراض التشنج Convulsions، وفي حالة نوبات الصرع الكبرى Grand Mal Fits.

وهناك أنواع من الصرع يصعب تشخيصه (حتى مع توفر رسام المخ الكهربائي) لوجود خلط بينه وبين الحالات النفسية أو العقلية كالهستيريا، وصرع الفص الصدغي، أو الصرع النفسي الحركي والذي يجدث نتيجة وجود بؤرة نشطة خارج الفص الصدغي كما وجد في ٢٠٪ من الحالات ويتميز بالتبلد الانفعالي، واضطرابات إدراكية كالهلاوس، وفي التفكير كالوساوس، واضطرابات في الذاكرة، واضطرابات في الجهاز العصبي اللاإرادي كالأحاسيس غير السوية في البلعوم أو البطن. ونظراً لتشابه أعراض الصرع الحركي مع اضطرابات نفسية عقلية أخرى. وكما سبق أن ذكرنا فإن التشخيص المبكر لهذا النوع من الصرع يحتاج إلى مقياس قام بإعداده سامي عبد القوي علي (١٩٩٢) يتكون من فئات الأعراض الآتية:

(١) التركيز والذاكرة.
(٢) الأعراض الوجدانية.
(٣) الأعراض الحسية.
(٤) أعراض الجهاز العصبي المستقل.
(٥) الأعراض الإدراكية.
(٦) اضطراب التفكير.

وقد أجرى التحليل العاملي للمقياس (والذي حسبت له أيضاً الدرجة الكلية) على ١٦٠ مريضاً والذي كشف عن بنية عاملية مكونة من ثلاثة عوامل تعكس الأعراض الأكثر شيوعاً لدى مرضى هذا النوع من الصرع والمميزة له عن الفئات الاكلينيكية الأخرى كالقلق والفصام (١٠ : ٨٦).

علاج الصرع: يشخص الصرع بالرسم الكهربائي للمخ وتستخدم عقاقير الميزانتون Mesanton والديلانتين Delantin الذي وجد أن له مفعول كبير في علاج ٩٠٪ من الحالات.

(هـ) ذهان الادمان الكحولي وحالات الاعتماد علي العقاقير:

في حالة التسمم الخفيفة تحدث للمريض حالة مرح Elation فتتدفق الأفكار لديه بشكل كبير، واستغراق المريض في تناول الكحوليات يقلبه من الصورة السابقة إلى حالة غير عادية من التهيج والتشكك أو الحزن، كما تقل قدرته على كف سلوكه السابق، كما تضعف ذاكرته وفي حالات الذهان الكحولي الحاد تحدث للمريض هلوسات بصرية كما تحدث في الحالات المزمنة ارتجافات جسمية وعدم القدرة على النوم.

كما يرتبط بحالة الذهان الكحولي الحاد حالة يطلق عليها اسم «ذهان كورساكوف» والذي يحدث نتيجة نقص فيتامين «ب» لسوء التغذية لديهم. ويفقد مرضى «ذهان كورساكوف» ذاكرتهم بشكل كبير، ويملؤون الثغرات بتأليف قصص عن خبرات لا وجود لها (٤٠ : ١٢٢). والعلاج الأساسي لحالات الإدمان الكحولي ليس بالوسائل الفسيولوجية بل من الضروري علاج المشكلات النفسية الاجتماعية وعمليات سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي التي دفعت بالشخص للإدمان. وبالنسبة لعلاج ذهان كورساكوف فإن زيادة الغذاء للمريض وإضافة فيتامين «ب» عملية تساعد على إزالة بعض أعراض المرض الظاهرية (٤١ : ١٠١).

(و) أمراض نفسية مهنية أو الذهان المهني: وهي تلك الأمراض أو الذهانات أو الاضطرابات العقلية الناتجة عن التعرض للغازات والأتربة

والضوضاء مما أثمر عن طرح ميدان جديد من البحث (١٩٩٢) يسمي باسم «علم السموم السلوكي Behavioral toxicology (٤٦ : ٣٠٥ ـ ٣٠٦).

(هـ) **علم السموم السلوكي**: وهو المشار إليه في الفقرة السابقة . .

٢ ـ **الذهان الوظيفي**: يفوق انتشار الذهان الوظيفي Functional Psychoses الذهان العضوي في المستشفيات العقلية. وكان يعتقد فيما مضي أن الذهان الوظيفي يرجع لعوامل نفسية صرفة لكن يوجه نقد لهذا الرأي ويستندون على ذلك بوجود عامل تكويني في الفصام.

التصنيف: ويصنف الدليل العصري لتقسيم الأمراض النفسية هذه المجموعة من الذهان الوظيفي إلى عدة فئات هي:

(أ) **أمراض الهوس والاكتئاب**: ويشمل عدة أنواع كالنوع الاكتئابي والنوع الهوسي، والنوع الدائري، والنوع المختلط، والميلانخوليا الرجوعية.

(ب) **الفصام**: وهو عدة أنواع كفصام النوبة الحادة غير المتميزة، والفصام المبتدىء والفصام الانفعالي، والفصام البارانوي، والفصام الكتاتوني، والفصام العبفريني (الطفلي)، والفصام البسيط.

(جـ) **حالات البارانويا**: ومنها نوبة البارانويا الحادة، وحالة البارانويا الضلالية المزمنة، وحالة البارانويا الهلوسية المزمنة (٤٠ : ١٢٢).

ذهان الهوس والاكتئاب: أطلق كريبلين (١٨٩٩) اسم ذهان الهوس والاكتئاب على الحالات الوجدانية المرحة والهائجة والمكتئبة. ويعرفه لورانس شافر باسم «مرض المبالغات الانفعالية» فالمريض اما أن يكون في حالة من الهوس والهياج أو يكون مكتئباً خامداً أما الدليل العصري فإنه يعرفه بأنه اضطراب شديد في المزاج تنشأ منها بقية الأعراض بصورة تبدو مباشرة، فإذا كانت هناك اضطرابات في التفكير والسلوك فإنها تناسب المزاج السائد بصفة عامة.

الأسباب: تتضامن العوامل الوراثية والنفسية والحضارية في حدوث ذهان الاكتئاب، فبالنسبة للناحية الوراثية وجد أن الأعراض تنتشر بين أقرباء المرضى، أما العوامل النفسية فتتمثل في التنشئة الاجتماعية وعلاقة الطفل بوالديه، كما تتمثل في الشخص خاصة سمة الطموح والنشاط العالي والقلق والميل لتحقيقه الذاتي. وبالنسبة للنواحي الحضارية توجد فروق حضارية بالنسبة لانتشار المرض.

العلاج: العلاج بالعمل هو أهم ما يوصي به لعلاج حالات الهوس لتوجيه النشاط الزائد لديهم في نواحي بناءة، هذا إلى جانب العلاج الطبي والعلاج النفسي.

الفصام: يطلق اسم الفصام على المجموعة الثانية من الاضطرابات العقلية الوظيفية. وهذا الاسم أطلقه بلويلر Bleuler عام ١٩١١ على كل حالات الاضطراب العقلي الوظيفي ما عدا حالات الاضطراب العاطفي. ويذهب ستافورد كلارك إلى أن كلمة الفصام مستخرجة من كلمتين يونانيتين تعنيان تقسيم الشخصية، والقسم الأول المألوف وهو Schism، والثاني هو الحجاب الحاجز diaphragm والذي كان يعتبره أطباء اليونان مركز الإحساس. ويذهب كلارك .Clarks إلى أن الفصام قد يحدث في الطفولة أو في المراهقة حسب كريبلين والذي أطلق عليه اسم «الخبل المبكر» كما انه قد يحدث بعد ذلك.

وحسب لويس Lewis يقول ستافورد كلارك فإن أعراض الفصام الأساسية تتمثل في (١) اضطراب التفكير، (٢) عدم التناسب الانفعالي. (٣) الهلوسات. (٤) الدفعات أو الأفعال المضطربة. ويتمثل اضطراب التفكير في أفكار الإشارة Ideas of reference فالدخان المتصاعد من مدفأة الجيران علامة على الأصدقاء أو الأعداء. ومن أمثلة أفكار الإشارة أيضاً صوت حركة المرور وأصوات السيارات وساعي البريد الذي يتجه للجيران. ومن أمثلة التداخل في عمليات التفكير لديهم عمليات توقف التفكير

thought blocking فمجرى التفكير لديهم يتوقف فجأة فينسون فجأة كل ما في ذهنهم، وقد يتم التواصل بعد ذلك بأفكار لا علاقة لها بالسابقة.

ومن الأعراض الأخرى المصاحبة للفصام الهذاءات أي المعتقدات العقلية الخاطئة والتي تتضمن في عناصرها التعصب والاضطهاد والأنشطة المرتبطة بالنازية والشيوعية والصهيونية. وتعتبر الهلوسات أيضاً من الأعراض المميزة للفصام سواء كانت هلوسات سمعية أو بصرية.

البارانويا: وتتمثل في فئتين كبيرتين هما بارانويا العظمة وبارانويا الاضطهاد (٤١ : ١٠١).

ثانياً: العصــاب

يذهب كلارك بأن العصاب Neuroses هو تلك المجموعة من الاضطرابات الانفعالية والتي لا تحرم المريض من الاتصال بالواقع وقد ميز دكتور روس Ross T. A في كتابه العصاب الشائع Common Neuroses بين العصاب والذهان فيما يلي:

يعيش الذهاني في عالم من الخيال بينما العصابي يعيش في عالم الواقع، ولديه مصاعب أكبر مما لدى العاديين لكنها نفس المصاعب التي لدى كل منا. أما المصاعب التي لدى الذهاني فتنبع من حقيقة أنه يعيش في عالم آخر لا يخضع لقوانين الطبيعة العادية».

وهناك وجهة نظر أخرى تذهب إلى عدم وجود فرق بين الذهان والعصاب فالفرق كمي في الدرجة وعلى هذا الأساس فإن القرار في أي حالة يعتمد على شدة الأعراض، ونوع العلاج المتطلب، ومدى تعاون المريض مع العلاج. وفي هذا الإطار فإن الذهاني لا يمكنه التعاون في العلاج ويحتاج لترتيبات خاصة يتعلق بالعناية به وحمايته.

التصنيف: تقع فئتان اساسيتان داخل الاضطرابات التي في المستوى

الانفعالي أو الاضطرابات العاطفية هما الاكتئاب والقلق، يضاف لهما الهستيريا وعصاب الوسواس.

القلق: ويتميز القلق بالشعور الدائم بالتوتر، والقلق الذي لا يعرف المريض له سبباً، حيث يكون الفرد خائفاً من أي شيء لكنه لا يعرف مما يخاف ولا كيف يخاف، ولا يختلف القلق الذي يواجهه المريض عن القلق الذي يواجهه الناس عندما يكونون في ظروف شدة أو مشقة. ويصاحب القلق اضطرابات فسيولوجية تتمثل في ارتفاع معدل النبض وجفاف الحلق، وعدم وجود شهية للطعام، كما يكون نوم المريض مضطرباً. ويدخل في إطار القلق ما يسمى بالقلق الموضوعي الذي يعرف المريض سببه، والقلق العصابي الذي لا يعرف الشخص سببه كما سبق الإشارة، وهناك المخاوف المرضية phobias كالخوف من الأماكن المزدحمة والأماكن المرتفعة.

الاكتئاب: ويذكر ستافور كلارك ان الاكتئاب من نفس فئة القلق. وكل منا يخضع لتقلبات المزاج فأحياناً يكون الإنسان مبتهجاً وأحياناً يكون بائساً. ويحدث الاكتئاب لدى الأنسان العادي عندما يكون في حالة شديدة من الحزن أو عندما لا يكون موفقاً في بعض أمور الحياة. وإذا زاد الاكتئاب في الشدة واستمر لفترة طويلة من الزمن، تصل لأكثر من عام وأثر في اتجاهات الفرد وعلاقاته مع الآخرين فإنه ينظر إليه على أنه مرض عقلي ويعالج من هذا المنطلق.

ويحدث الاكتئاب نتيجة ظروف ضاغطة وإذا كان الفرد على علم بالظروف المصاحبة للاكتئاب سمي اكتئاباً خارجياً أو رجعياً reactive derpression أما إذا كان غير معروف الأصل والمصدر سمي اكتئاباً داخلياً endogenous depression. وبالإضافة لحالة الحزن المميزة لكلا النوعين من الاكتئاب والتي تميز مشاعر المريض فإن المريض يتصرف بحالة من البلادة blunting والعزلة وعدم الاهتمام بما حوله، كما أن استجاباته للآخرين تكون بطيئة وبصعوبة وتتم بعد مقاومته، كما يتميز بالتردد والتأخر في الحركات كما في حالة التفكير.

والأعراض الفسيولوجية المصاحبة للاكتئاب تتمثل في تعبيرات حزينة على الوجه، وتكون شهيته للأكل ضعيفة، كما أن وزنه يبدأ في النقصان ويشكو باستمرار من الامساك، وقلة النوم ويستيقظ مبكراً ويجلس لعدة ساعات مستغرقاً في أفكار كثيرة تشغل باله (٤١ : ٩٤).

اكتئاب الجدران الأربعة: ويحدث للفرد الذي يعيش وحده في الغربة، وينتشر بين العاملين في الخليج، خاصة المتزوجين الذين تركوا أسرهم في الوطن إذ يجد الفرد نفسه وحده جدران المنزل الأربعة بعد انتهاءه من عمله لا يجد من يكلمه، وتنتابه أعراض الاكتئاب خاصة أثناء الليل يكاد يستنطق تليفونه ليكلمه أحد أو يقرع عليه الباب أحد فلا يجد. ويكون هذا هو الحال ونهاية المطاف مهما قام من اتصالات بالآخرين إذ في نهاية اليوم سيجد الفرد نفسه بين «جدران أربعة» لذلك النوع من الاكتئاب والذي ينتهي بالخروج من بين تلك الجدران وبالعودة للوطن.

دراسات عربية على الاكتئاب: وقد وجد عمر السيد الشوربجي (١٩٨٧) أن أطفال الأم التي تعاني من الاكتئاب يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب وكثيراً ما تتعرض الأم المكتئبة لمشاكل صحية أثناء فترة الحمل، وقد يرجع ذلك إلى إصابتها بالمرض أو إلى تعاطيها الأدوية. وفي دراسة على ٢٢٠ حالة تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ٢٣ عاماً وبمقابلة الأمهات تبين أن اثني عشر أماً من المصابات بالاكتئاب كن تعانين من عدة مشاكل صحية أثناء الحمل، وأن ٣٢ أماً كن تتعاطين أدوية وعلاج أثناء فترة الحمل (١٨ : ١٢٨).

وتشير ممدوحة سلامة (١٩٨٩) إلى أن المعرفيين يذهبون ويرى بيك Beck ١٩٧٦، ١٩٧٧ أيضاً أن الاكتئاب اضطراب في التفكير، فالاكتئاب يتسم نمط تفكيره بالتحريف والتشويه، فهو يستخلص استنتاجات غير منطقية، كما يحرف تفسير الوقائع والأحداث بما يتفق مع اعتقاداته السلبية عن ذاته، كما يركز انتباهه على الجوانب السلبية للموقف. وقد أجرت ممدوحة

سلامة دراسة طبقت فيها مقياس الاكتئاب لبيك ترجمة غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) مع عدد آخر من المقاييس وذلك على مجموعتين من الطلبة بآداب الزقازيق أحدهما مرضى، والأخرى أسوياء أعمارهم بين ١٩ ـ ٣٠ عاماً. وقد وجدت أن تعميم الفشل هو أحد متغيرات التشويه المعرفي الذي يمكن بموجبها التمييز بين المكتئبين وغير المكتئبين، وبالنسبة لمضمون الاسترجاع وجدت أن المكتئب يركز انتقائياً على الأحداث السلبية (٣٦: ٤١).

ويذهب رشاد عبد العزيز (١٩٨٩) إلى أن سبب عدم وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب ربما يعكس أن هذه الدراسات اعتبرت الاكتئاب أحادي البعد ولذا فإنه يسعى للكشف عن البنية العاملية للأعراض الاكتئابية لعينة الإناث تختلف عن البنية العاملية للأعراض الاكتئابية لدى الذكور على المتغيرات التالية والمرتبة تنازلياً حسب التشبع بالنسبة للذكور: (١) نوبات البكاء (٢) حدة الطبع (٣) اضطراب الشهية للطعام، وبالنسبة للإناث: (١) الاهتياج (٢) فقدان الوزن (٣) اضطراب النوم (٨: ٦٢).

الهستيريا: تتميز الهستيريا بأعراضها الدرامية التمثيلية كالعمى والشلل، وفقدان الذاكرة والتي لا يكون لها أساس عضوي. ويعتبر فرويد العرض الهستيري مظهر رمزي كنوع كامن من الصراع لم يجد له حلاً ويتصل ذلك بأحداث وقعت في الطفولة. ومن أنواع الهستيريا «الهستيريا الجماعية» والتي ظهرت في أول ابريل ١٩٩٣ وانتشرت في احدى عشر مدرسة بسبع محافظات في صورة اغماء جماعي بدأ في محافظة البحيرة بين طالبات المدارس الثانوية والإعدادية وقد أكد الأطباء النفسيون بعد كافة التحاليل التي أجريت على تلك الحالات (٢٠٠٠ حالة) وأكد وزير الصحة أنها حالة نفسية عابرة تنتقل بالإيحاء ساعد على سرعة انتشارها الشائعات ووسائل الاعلام. ولم تكن هذه هي المرة الأولى التي تحدث فيها تلك الحالات من الاغماء بل حدثت عند وفاة الرئيس جمال عبد الناصر والفنان عبد الحليم حافظ. وقد ربط البعض بين وقوع حالات الاغماء وبين ظروف الفتيات

الاقتصادية ونظرتهن لمستقبلهن غير الواضح ولتوتـرت الزلزال الذي حدث في مصر في أكتوبر ١٩٩٢.

عصاب الوسواس القهري: الوسواس أفكار مزعجة تقطع على الفرد سلسلة أفكاره، والقهري أفعال لا بد أن يقوم بها العصابـي. وكثيراً ما يظهر الوسواس القهري معاً.

ثالثاً: السلوك المضاد للمجتمع

ويشمل تلك الفئة التي لا يكون الاضطراب فيها في العقل أو الانفعال لكن يكون الاضطراب في السلوك ويتعلق بتوافقهم مع أنفسهم أو مع باقي العالم، وهم هؤلاء الأفراد الذين يرتكبون الجريمة وغير ذلك من صور السلوك المضاد للمجتمع كالنصب والاحتيال على الآخرين ويسمي هؤلاء الأفراد «بالسيكوباتيين» psychopaths.

ويتميز السيكوباتيون بعدم النضج الانفعالي وبالاندفاع، ويكونون غير قادرين على الاستفادة، من الخبرة السابقة، وعدم القدرة على المثابرة، كما يتميزون باللامبالاة، وعدم الإخلاص. وتوجد لديهم انحرافات جنسية ويتسمون بعدم النضج الجنسي. وتوجـد فئتين من السيكوباتيين الأولى العدوانيون المشاغبون الساديون الكحوليون، والثانية هي المجموعة التي تتصف بعدم الكفاءة كالجانحين (٤١ : ١١٦)، وفي رأينا (محمود أبو النيل ١٩٩٣) أن مما يتصف به السيكوباتي أيضاً (١) ابتذاذ نقود الآخرين. (٢) وابتذاذ عواطفهم للعفو والتغاضي عما اقترفه تمهيداً للعودة مرة أخرى.

وفيما يختص بانتشار نسبة الجريمة من سرقة وقتل وخلافه والسلوك المضاد للمجتمع وبلوغه مستويات أصبحت تشكل قلقاً مستمراً للمجتمعات أفراداً وهيئات حاكمة أشار تقرير أعده طريف شوقي (١٩٩٢) عن الآثار النفسية للعقوبات السالبة بقسم بحوث العقوبة بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية إلى أنه على الرغم من ضخامة عدد الجرائم كما تشير

لذلك الإحصاءات الرسمية فكما يذهب ايزنك .Eysenck H وفقاً لإحصائيات الجريمة في بريطانيا فإن من المستحيل تقديم أية إحصائية دقيقة حول نسبة الجرائم التي ترتكب إذ أن غالبيتها لا تبلغ إلى الشرطة وبالتالي لا تعرف. (١٣ : ٢٠).

ومن الدراسات التي أجريت على «جريمة القتل» تلك التي قام بها جلال عبد العال (١٩٨٧) على القاتلات المصريات وغير القاتلات. ولقد وجد الباحث أن شخصية القاتلات تتميز بعوامل مثل الاندفاعية، والجمود بعد اتخاذ القرار، والمرونة أحياناً في الوسائل التنفيذية، والاستقلالية المتفردة. كما وجد الباحث أنه في غير الحالات العصابية تتميز الشخصيات السوية للقاتلات بالاندفاعية والتي تتصاعد إلى اللحظة الذهانية والتي تؤدي إلى سرعة اتخاذ القرار بالقتل والوقوف عنده في جمود، وتوقيت التنفيذ يتوقف على الارتفاع النسبي لكل من السادية والمازوخية. فإذا كان ارتفاع السادية متواكباً مع الاندفاعية فإن اتخاذ القرار يعقبه مباشرة ويكون التنفيذ بوسائل من التي يستخدمها الذكور كالخنق والأسلحة النارية، أما إذا كان ارتفاع المازوخية متواكباً مع الاندفاعية فيتم تأجيل التنفيذ لحبك الإخراج ويكون القتل بالوسائل التي تستخدمها الإناث كالسم والمخدر (٤ : ٨١).

تفسير السلوك المضاد للمجتمع: فسرت مدارس كثيرة السلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الإجرامي، ومنها المدرسة الوضعية ورائد هذه المدرسة «سيزار لمبروزو» وقد اهتمت بالنواحي الجبلية في الجريمة، فذهب لمبروزو بعد دراسته لكثير من المسجونين إلى وجود العديد من أنماط المجرمين كنمط المجرم بالميلاد وهم الذي يتصفون بصفات وحشية ككبر أبعاد الفك والأذنين، ونمط المجرم العرضي وهو الذي تتوفر له الفرصة لارتكاب الجريمة، ونمط المجرم بالانفعال وهم الذين يأتون أفعالاً إجرامية نتيجة لنواحي مزاجية كالحب والعشق.

ومن هذه المدارس أيضاً مدرسة فراسة الدماغ ومن روادها «فرانز

جول» والذي قام بدراسة التجويفات والتشوهات التي بجماجم المسجونين وقارنها بجماجم العاديين. وذهب إلى أن وجود هذه التجويفات والتشوهات يعني عدم قدرة الأعضاء التي بها تلك التشوهات على القيام بوظائفها.

تلك كانت الاتجاهات السابقة في تفسير السلوك الإجرامي المضاد للمجتمع. أما الاتجاهات الحديثة التي تعتمد على الدراسة العلمية فتأخذ في الاعتبار كلاً من الوراثة والبيئة. وسنتناول فيما يلي دور الوراثة والبيئة.

أولاً - دور الوراثة في السلوك الإجرامي:

تعني الوراثة كافة الخصائص والصفات التي توجد لدى الفرد عندما يبدأ الحياة. وليس المقصود ببدء الحياة ميلاد الفرد لكن يعني بها وقت الحمل. أي عندما يحدث التخصيب بين الحيوان المنوي للذكر وبويضة الأنثى، وليس هنا مجال الحديث عما يحدث بعد عملية التخصيب سوى أن البويضة بعد التخصيب تنقسم لخلايا وتحمل كل خلية ٢٤ زوجاً من الكرموزومات بعضها من الأب وبعضها من الأم ومجموعها ٤٦ كرموزوما منها اثنين أحدهما الكرموزوم X الخاص بالأنوثة والثاني الكرموزن Y الخاص بالذكورة.

وفي المرأة تنقسم الخلية إلى خليتين في كل منهما X كروموزوم، وفي الرجل تنقسم الخلايا فتكون هناك خلايا X كروموزوم وخلايا Y كرموزوم فإذا اجتمعت خلية X مع Y كان الناتج ذكراً (Y X)، وإذا اجتمعت خلية X مع X كان الناتج أنثى (X X) والصورة السابقة هي العادية، Normal.

دراسات الكرموزومات: وأما عن دور الوراثة في السلوك الإجرامي فيتمثل في خروج اجتماع الكرموزومات عن الصورة العادية السابقة. فقد وجد لدى بعض الأشخاص ومنهم مجرمون إن توزيع الكرموزومات في خلاياهم كان (X Y Y) ويتميز هؤلاء بالعدوانية والعنف والميل للمشاجرة.

كما وجد أن الأفراد الذين تتكون خلايا جسمهم من كرموزومات (XXX) لديهم نزعة نحو التخنث وفقدان الرجولة.

وقد وجد الباحثون في ادنبره بانجلترا أن بين ١٩٧ سجيناً فحصوا في المستشفى سبعة منهم يحملون خلايا (XYY) وواحد يحمل خلايا (XXYY) ولذلك ربط العلماء بين الشواذ في توزيع الكرموزومات وبين السلوك الإجرامي.

دراسات جودارد: قام جودارد Goodard بدراستين توضحان علاقة الوراثة بالسلوك الإجرامي. (١) الأولى دارت حول أسرة جوكس Jukes إذ وجد جودارد في هذه الأسرة خمس شقيقات أنجبن أطفالاً شرعيين وغير شرعيين، وقد تبين من متابعة اثنين من الباحثين أنه من أصل ٢٨٢٠ فرد من هذه الأسرة أن حوالي نصفهم يعاني من التأخر العقلي وارتكب عدد كبير منهم جرائم خطيرة كالبغاء وغيره. (٢) والدراسة الثانية كانت تتعلق بأسرة كاليكاك والذي تزوج من اثنتين أحدهما سوية والأخرى لديها تأخر عقلي.

وقد تمت متابعة الأبناء من الزوجتين فوجد أن الأبناء من الزوجة غير السوية (التي لديها تأخر عقلي) لديهم انحرافات أخلاقية وكثير منهم لديه تخلف عقلي. أما أبناء الزوجة السوية فلم توجد مظاهر شاذة لديهم.

الغدد والسلوك الإجرامي: أكد كثير من الباحثين أن زيادة إفراز الغدة النخامية تؤدي بالشخص لأن يصبح كثير الحركة والانفعال أنانياً مستعداً دائماً للمشاجرة رالتعدي، أي تكون لديه ميول عدوانية مع ارتكاب بعض السرقات. وفي دراسة للمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية عام ١٩٥٩ على البغاء وجد أن ٨٥٪ منهن كن مصابات باضطرابات في إفرازهن الهرموني. وقد قام الطبيب الانجليزي «جيبنز» بدراسة على السارقات وذهب في تقريره عام ١٩٦٠ أن معظمهن كن يشكين أثناء السـ قة أو قبلها من اضطرابات هرمونية ناتجة عن وجودهن في فترة الحيض (٣٥: ٢٨٥).

الجهاز العصبي والسلوك الإجرامي: وجد أن إيقاع الموجات الصوتية الصادرة عن المخ من النواحي الفسيولوجية التي تميز الجانحين وتتضح هذه الإيقاعات بواسطة الرسام الكهربائي للمخ E.E.G فقد اتضح أن هناك نشاطاً غير عادي لتلك الموجات في مناطق معينة في المخ.

دراسات التوائم: بينت دراسات التوائم أن السيكوباتيين يرثون ميلاً لخرق القانون (٣٧: ٩٧).

ثانياً ـ البيئة والسلوك المضاد للمجتمع:

يشمل موضوع علاقة البيئة بالسلوك الإجرامي والجانح ما يلي من نواحي:

١ ـ **تأثير البيئة الرحمية**: ويتضمن ذلك العوامل الانفعالية التي تؤثر على الأمر أثناء الحمل وانتقال عدوى المرض من الأم للجنين وتأثير المواد المخدرة والتدخين وعدم مناسبة طعام الأم لظروف الحمل على الجهاز النفسي والسلوكي للأبناء (انظر الفصل الثالث: الصحة النفسية والنمو النفسي).

٢ ـ **تأثير البيئة بعد الرحمية**: ويتمثل تأثير البيئة بعد الرحمية في دور الأسرة والوالدين والأخوة والمجتمع. ومن جوانب التنشئة الاجتماعية(*) التي ترتبط بالسلوك الجانح والسلوك الإجرامي.

(أ) **الإهمال**: يرتبط بالسلوك السيكوباتي كالإدمان والتشرد واحتراف الدعارة والانحراف الجنسي.

(ب) **الحماية الزائدة**: ترتبط بعجز الطفل عن أن يكون مستقلاً كما يفقد اهتمامه بالعالم المحيط به.

(جـ) **الخلافات الزوجية.**

(*) انظر للمؤلف: علم النفس الاجتماعي ودراسات عربية وعالمية المجلد الثاني (الفرد والثقافة ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت.

(د) السلطة والفطام.

(هـ) العلاقة بالأشقاء.

ومن الدراسات التي توضح علاقة التنشئة بالسلوك الإجرامي (١) دراسة بيرت عام ١٩٤٤ واهتم فيها بالكشف عن أثر الظروف المنزلية والجهل والقسوة في المعاملة على الجناح ولقد وجد ارتباط الجناح بالكثافة السكانية أي بحجم الأسرة، وبالتساهل مع الأبناء في المعاملة وبعدم وجود نظام يسير الأبناء وفقاً له في المنزل (١٨ : ٥٢). (٢) دراسة بولبي (١٩٤٦) على ٤٤ ولد جانح ومثله من غير الجانحين وهدفت لدراسة أثر العلاقة بين الوالدين وأبنائهم فوجد أن السلوك الجانح له علاقة بابتعاد الطفل عن أمه مدة كبيرة في السنوات الخمس الأولى. (٢٧ : ٥٢).

٣ ـ التحضر والسلوك الإجرامي: يعني التحضر الأخذ بأساليب المدنية الحديثة Modernization أي انتقال الناس من الريف للمدينة مما يستتبع تغييراً في عاداتهم وتقاليدهم (٢٦ : ٤٤٣).

وتذهب الكثير من الدراسات (chesnais, 1981 Remy & voye, 1981) إلى أن الجريمة والجناح من نتائج الحياة الحضرية فمن المعروف أن تزايد السلوك الإجرامي يرتبط بحجم المدن ويزداد بصورة أكبر في وقت الأزمات الاقتصادية مما أدى إلى ظهور مفهوم جديد هو عدم الأمن insecurity (٣٣: ٦٥ ـ ٧٥). وقد قام كليفورد شو ١٩٢١ بدراسة على الأحياء التي يسكن فيها ١٠٠,٠٠٠ من التلاميذ المنحرفين فوجد أن معظم عينته يسكنون في مناطق معينة ملاصقة للأحياء التجارية والصناعية والتي فيها تحول طبيعي من أحياء سكنية إلى مراكز صناعية وتجارية (٣١: ٤٤٣).

٤ ـ الهجرة والسلوك الإجرامي: أجرى محمد خيري محمد علي (١٩٧٠) دراسة على الهجرة والجريمة في مصر وعنى بالهجرة انتقال الأفراد من مناطق إقامتهم إلى مناطق أخرى، وكانت عينة البحث من نزلاء السجون

المهاجرين فوجد ارتباط الجرائم بالعمر، وغير المتزوجين فهم يبتعدون أكثر عن موطنهم الأصلي، وأن أكثر من نصف العينة ينتمون لأسر يزيد عدد أفرادها عن خمسة أشخاص، ومعدل الهجرة بين الأميين أكثر كما وجد أن أغلب العينة لم ينتبها الحنين للعودة لوطنها الأصلي (٣١: ٤٤٣).

رابعاً: الإدمان

مقدمة: استعملت المخدرات من قديم الزمان لتخفيف آلام الناس مما يواجهونه من ضغوط الحياة. وتؤثر المخدرات في الجهاز العصبي وتحدث حالة من السرور لدى الإنسان. وكانت المخدرات تصنع من عصير أشجار الخشخاش حيث يتم صناعة الأفيون من السائل اللبني لهذه الأشجار، أما الكوكايين فتتم صناعته من أوراق أشجار الكونجا، ويصنع الحشيش من القنب. وهناك الكثير من الأنواع الأخرى مثل الهيروين والحبوب المهدئة والتي تستخرج بطرق معملية وبأساليب كيميائية من بعض المخدرات البنائية (٢٩).

الانتشار: وتتركز مناطق إنتاج الهيروين في منطقة الهلال الذهبي وهي أفغانستان، وإيران، وباكستان ومنطقة المثلث الذهبي وهي بورما، ولاوس، وتايلاند بالإضافة إلى الهند ولبنان والمكسيك.

ويذهب كل من سبوتس Spotts وشونتز Shonts إلى أن أعداد المدمنين في تزايد مستمر، وأصبح الإدمان منتشر الآن في كل طبقة اجتماعية، وأن من بين كل ١٠ عشرة أشخاص يوجد تسعة أشخاص تمثل إنماط حياتهم الاعتماد الكامل على تعاطي الكوكايين.

وتعتبر مصر من الدول المستهلكة بصورة أكثر للحشيش لاعتقاد الناس بأنه غير محرم دينياً، وكانت بعض مساحات الأراضي تزرع بالخشخاش في صعيد مصر، وفي نهاية الحرب العالمية الأولى دخل الكوكايين مصر، وينتشر الآن الهيروين المكسيكي بين غير الأغنياء لرخص

سعره. وقد وجد أن معظم مدمني الهيروين من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ ـ ٣٠ سنة، أما الحشيش فإنه غالباً ما يبدأ الشباب التعاطي قبل سن العشرين، وسبب ذلك مجموعة الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع (٧: ٤ ـ ٦).

معنى الإدمان: شخص الإدمان على أنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأية أعراض ذهانية. ويتمثل الإدمان بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة من حيث القيم والتقاليد الاجتماعية. ولا تتفق هذه الأعمال ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد إذ تتسم بالغرابة والشذوذ وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتياد أو الإدمان الفسيولوجي في تعاطي المخدر فإن هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد.

وتنتج حالة اعتياد المخدر Habituation لحاجة الفرد إليه من الناحية الجسمية أو النفسية أو كليهما. وتستخدم كلمة «اعتياد» كمرادف لكلمة «ادمان» addiction وذلك لأنه في حالات إدمان العقاقير قلما يقف الفرد عند حد الاعتياد فقط بل يقع بعد ذلك دائماً في الإدمان ومع هذا فهناك فرق بينهما:

«فالإدمان عملية فسيولوجية يستجيب بها الفرد لحاجة الجسم وتستثار لديه حاجة Need لنوع معين من المخدر ويزيد المدمن الجرعة يوماً وراء يوم حتى يصل لهدف النشوة والتخدير إلى أن ينتشر في كل أجهزة الجسم نوعاً من التكوين البيوكيميائي».

وفي هيئة الصحة العالمية استقر الأمر على التخلي عن المفهومين السابقين (التعود، الإدمان) وحل محلهما مصطلح جديد هو «الاعتماد» لجمعه بين النواحي المشتركة لهذين المفهومين، وضرورة ربطه بالمواد المؤثرة في الأعصاب (٧: ١٨).

إدمان المخدرات: يعتبر إدمان العقاقير المختلفة ذات الأثر التخديري داءاً خطيراً ومشكلة نفسية اجتماعية هدامة وصورة كبرى من صور الانحراف عن الصحة النفسية السوية، وذلك لأن هذه العقاقير يسهل الحصول عليها وتكون في متناول فئات كثيرة من الناس منهم الأحداث الصغار. وبمرور الزمن يصبح التعود على تناول هذه العقاقير أمر لا مفر منه ويكون الأثر الذي يتركه تعاطي المخدر ثواباً Reward يساعد على تدعيم العادة لدى المتعاطي حتى بعد زوال الظروف التي أدت لذلك.

العقاقير المخدرة: تنقسم العقاقير المخدرة إلى ثلاثة أقسام هي:

١ ـ **المسكنات:** وهذه العقاقير تعمل على الإقلال من استجابة الجسم للألم، خاصة الأعصاب. ومن هذه العقاقير الأفيون ومستخرجاته كالمورفين والهيروين والكوداين.

٢ ـ **العقاقير والمخدرات الخاصة بزيادة الاستثارة:** والتي يتناولها المتعاطي للتخلص من حالة الاكتئاب التي تكون لديه. وتزيد هذه العقاقير درجة النشاط لدى الفرد، وتؤثر على الجهاز العصبي السمبتاوي ومن هذه العقاقير الكوكايين.

٣ ـ **عقاقير التنشيط وجلب النشوة:** وتنقسم ثلاثة أقسام هي:

(أ) **المسكنات:** ومنها الأفيون (نبات السرور: اسمه قديماً) وتشتق منه مخدرات مثل المورفين وقد أمكن عزله من الأفيون، ويحدث حالة تسكين قوية قد تسبب تكوين السعادة. ويشتق من المورفين أيضاً الهيروين وهو أقوى.

وتحدث هذه العقاقير أي المورفين والهيروين لدى المعاطي حالة من السرور والنشاط، وبزيادة الجرعات تختل الذاكرة ويضطرب الإدراك البصري وقدرات الفرد الحركية Motor Abilities، كما تضطرب حالة النوم ويضعف الاهتمام بالحياة الجنسية كما يرتفع ضغط الدم لدى المتعاطين،

وتزداد ضربات القلب لديهم، كما يحدث نتيجة المنع فجأة ودون تدريج آلام في عضلات الجسم وزيادة في حدة الأعصاب، وقد يرتكب المتعاطي سلوكاً إجرامياً. ومن الناحية الاجتماعية فمنها كان رقي المستوى الاجتماعي للمتعاطي فإنه لا مانع لديه من مصاحبته للمستويات الاجتماعية الأقل.

(ب) **العقاقير المهدئة والمنومة**: وتستعمل للمساعدة على النوم والاسترخاء وتنقسم حبوب هذه العقاقير لقسمين: (أ) نوع مفعوله طويل، (ب) نوع مفعوله قصير. ويؤدي استمرار تعاطيهما إلى حالة الإدمان. وهذه الحبوب تصنع بكثرة وتحت أسماء تجارية ومن أنواعها السيكونال Seconal، والامتيال Amytal وتحدث هذه العقاقير حالة استرخاء عقلي وشعور بنشوة مؤقتة، وزيادة الكمية يؤدي إلى سرعة الثورة وعدم الاتزان الانفعالي، كما تضعف الذاكرة ويتعطل التفكير.

(جـ) **عقاقير التنشيط والنشوة**: وتحدث لدى المتعاطي الارتياح والاسترخاء والانزواء عن العالم والبعد عن المشكلات. وتساعد مثل هذه العقاقير (المثدرين ـ الدكسترين) على اليقظة في بداية الأمر، وعلى السهر الطويل لكنها تقلل الشهية. وزيادة الجرعات تؤدي إلى عصبية المزاج وسرعة التهيج وإلى اضطراب في العمليات العقلية.

تفسير الإدمان: هناك تفسيران يقفان وراء عملية الإدمان، **أولهما** (١) التفسير الفسيولوجي حيث تحدث العقاقير المخدرة تغيرات هامة. كما اتضح في وظائف أعضاء الجسم بحيث إن اعتياد الجسم على هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع مؤقتاً عن المخدر أو قام بإيقافه نهائياً. وقد يكون المجاراة الاجتماعية أو غير ذلك هو الدافع وراء أول جرعة، ولكن الأثر الانتشائي يجعل الفرد بطريقة آلية Automatic يكرر تناول المخدر فإذا قل في جسمه بعد ذلك عن الحد المطلوب للنشوة والارتياح شعر بآلام ترجع إلى اختلال التوازن

الكيميائي والحيوي ولا يزيلها إلا العودة إلى المخدر. **وثانيهما** (٢) التفسير النفسي حيث يعتبر علماء النفس أن تأثير حالة النشوة والسرور والتخدير من الآثار التي تعزز عادة التعاطي والإدمان لأنها تخفف التوتر والألم النفسي. ولا يمكن أن ننكر أن هناك تفسيراً ثالثاً (٣) وهو التفسير الاجتماعي للإدمان، والمتمثل في المجاراة والصحبة والظروف الاجتماعية المواتية.

ظروف الإدمان: يحدث الإدمان نتيجة توفر ظروف عدة منها غياب الأب لمدة طويلة عن الأسرة، أو أن يكون الأب مكروهاً من الأبناء لأنانيته أو لقسوته في معاملتهم، وكذلك للتفكك في العلاقة بين الوالدين والشجار المستمر بينهما دور رئيسي في الإدمان. كذلك وجد أن إدمان الأب نفسه ووجود حالات طلاق يرتبط بالاستهداف للإدمان (٢٠: ١ ـ ٨). وفي دراسة على مؤسسة عقابية قررت مجموعة من السجينات أنهن تعلمن الاعتماد على تلك المواد وكيفية استخدامها والحصول عليها من السجينات القدامي (Gender & Plager 1968) (١٣ : ٢٠).

العلاج: يكون بتغيير جماعات الأصدقاء للمرض وبإعادة تأهيل شخصية المدمن بتغيير مفهومه عن ذاته وتوفير أنشطة بديلة (٢٤).

دراسات عربية على الإدمان

فيما يلي نعرض لثلاثة الدراسات الأولى أجريت عن التدخين والثانية تعاطي الحشيش والثالثة عن إدمان المخدرات.

فقد أجرت مديحة العزبي (١٩٨٧) دراسة عن التدخين على طلبة الجامعات فذهبت إلى أن عدد المدخنين في ازدياد مستمر بين الفئات المختلفة ذكوراً وإناثاً أطفالاً وكباراً مثقفين وعمال من مستويات اجتماعية اقتصادية مختلفة حيث كشفت الدراسات (عبده ميخائيل ١٩٤٣) أن سن ابتداء التدخين كان ١٢ عاماً، ونسبة التدخين بين أباء التلاميذ المدخنين ٧٠٪، وبين أباء غير المدخنين ٥٠٪. والسبب الأول للتدخين هو شاعر

الزهو والرجولة، كما وجدت (هند سيد طه ١٩٨٤) من العوامل التي تقف وراء التدخين تغيب الأب عن المنزل وضغوط الأصدقاء المدخنين والميل للسلوك الإجرامي. وقد هدفت دراسة مديحة العزبي إلى الكشف عن ما هو الشخص الذي يدخن وتكونت العينة من ٣٨٧ طالباً من جامعتي عن شمس والقاهرة. وقد وجدت الباحثة أن التدخين يعبر عن وجود حاجة أو مجموعة معقدة من الحاجات تدفع الفرد إلى هذا السلوك. كما أن التقليد سواء للكبار أو الزملاء يحتل مكاناً هاماً فالتدخين والرغبة في تجربته يعتمد على محاولة تقليد نموذج سواء واقعي أو متخيل، كما أن الشخص يدخن لكي يشعر بالاسترخاء والهدوء (٣٣: ٧). ويمكن أن يسجل هنا أن دراسة سامي عبد القوي (١٩٨٦) قد توصلت قبل ذلك لنفس النتائج، فيما يختص بدوافع التدخين ووجود نماذج، وعوامل الاستمرار والإقلاع عن التدخين وسمات الشخصية المرتبطة بالتدخين لدى الطالبات (أكثر انبساطية) (١١: ١٤٦).

وقد قام أحمد عبد الله محمد السعيد بإجراء دراسة (١٩٨٩) على ١٠٠ متعاطي مسجون بالسعودية والذين ضبطوا من قبل رجال الأمن في حالة تعاطي حشيش وكان العينة الثانية ١٠٠ مسجون بتهم أخرى غير التعاطي وكانت العينة الضابطة ١٠٠ من الأسوياء وقد كشفت النتائج أن المتعاطين ينتمون لأسر مفككة وكانت أهم أسباب التعاطي الرغبة في نسيان الهموم وتحسين المزاج وإطالة العملية الجنسية ومجاراة الأصدقاء (١ :) ١٣٣).

وبالنسبة للدراسات الاكلينيكية نذكر دراسة حالة الإدمان التي قام بها عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٨٧) طبق فيها اختبار التات والمقابلة وتوصل إلى أن المدمن يتصف بالميول الاكتئابية والتي تظهر من فشله في الزواج، واليأس الذي ظهر في أحلامه، وبالوساوس والقهر والذي بدا في محاولة المريض القفز من سطح المنزل (١٧ : ٥١).

خاتمة: الجزء الأول

تطبقات الصحة النفسية في المجتمع

للصحة النفسية تطبيقات في جميع مجالات الحياة مثل:

١ ـ الأسرة.
٢ ـ المدرسة.
٣ ـ الصناعة.

وتتخذ الدولة بالتعاون مع المؤسسات والجمعيات والنقابات المختلفة الإجراءات الآتية من أجل تحقيق الصحة النفسية للمواطنين.

(١) سن التشريعات الخاصة بضرورة الفحص الطبي النفسي قبل الزواج للتأكد من إنجاب أطفال سليمي الصحة والعقل.

(٢) إقامة مراكز التوجيه والإرشاد النفسي للأسرة من أجل تنشئة الأبناء تنشئة سليمة تدعم توافقهم أسرياً وتربوياً.

(٣) العناية بالتلاميذ المتأخرين دراسياً بالكشف عن أسباب تأخرهم وتوجيههم للتعليم المناسب لضمان درجة أكبر من تكيفهم الدراسي.

(٤) توزيع وتصنيف التلاميذ في الصفوف وفق مستويات قدراتهم العقلية حتى يمكنهم تحقيق درجات عالية من التحصيل في جو نفسي اجتماعي مناسب لهم.

(٥) إصدار قوانين الحد من انتشار المخدرات وحماية الأسرة من الطلاق حتى يتوفر المناخ الصحي لتربية الأبناء دون صراعات والديه.

(٦) إنشاء المؤسسات التي تقوم برعاية المرأة وضعاف العقول وعلاج مدمني المخدرات.

(٧) تصنيف المتقدمين للخدمة العسكرية إلى الأسلحة المختلفة وفقاً لقدراتهم العقلية حتى تتحقق الكفاءة القتالية العالية للجندي باستخدام الأسلحة المتقدمة.

(٨) الاختيار المهني للمتقدمين للعمل في مؤسسات العمل المختلفة سواء كانت صناعة أو إسكان أو خدمات وذلك وفقاً للمتطلبات النفسية للوظيفة من أجل توافق أكبر في العمل(*).

(٩) عمل ندوات وإلقاء محاضرات على الطلاب في المدارس والجامعات وعلى الموظفين والمديرين والأمهات لنشر الوعي الخاصة بالصحة النفسية السوية بينهم.

ويسبق تطبيق هذه الإجراءات توفير المتخصصين في مجال علم النفس خاصة، وتعيين الأخصائي النفسي في المدرسة الإعدادية والثانوية بل وفي كليات الجامعة للقيام بمسؤولية عمليات الإرشاد والتوجيه، وكذلك أن يكون في كل شركة من شركات الصناعة أخصائياً نفسياً لكل خمسمائة موظف وعامل وأن تنتشر مكاتب التوجيه للزواج والتوجيه لنوع التعليم والتدريب المهني والإداري وأن يكون من بين القائمين على هذه المكاتب أخصائياً نفسياً مسؤولاً عن تطبيق اختبارات علم النفس ومسؤولاً عن عمليات الإرشاد والتوجيه والاختيار إلى جانب الطبيب والطبيب النفسي (السيكاتري) والأخصائي الاجتماعي.

(*) انظر للمؤلف: علم النفس الصناعي دراسات عربية وعالمية ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت.

مراجع الباب الأول

١ ـ أحمد عبد الله محمد السعيد ـ دراسة لبعض النواحي النفسية لمتعاطي الحشيش بمنطقة الرياض ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة العامة للكتاب ـ العدد ١١ عام ١٩٨٩ ص ١٣٣ .

٢ ـ براون ادوارد ج. تأليف ـ أحمد شوقي حسن ـ ترجمة ـ الطب العربي ـ الألف كتاب (٦٣٠) مؤسسة سجل العرب بإشراف إبراهيم عبده ـ ١٩٦٦ ص ١٢٦ .

٣ ـ جابر عبد الحميد وسليمان الخضري الشيخ ـ دراسات نفسية في الشخصية العربية ـ عالم الكتب ـ ١٩٧٨ ص ٢٥ .

٤ ـ جلال عبد العال ـ دراسة للعوامل النفسية التي تكمن وراء جريمة القتل عند القاتلات المصريات ـ رسالة دكتوراه ـ مجلة علم النفس العدد الثاني ـ ١٩٨٧ ص ٨١ .

٥ ـ حسن الساعاتي وعبد المنعم المليجي ـ محاضرات في الصحة النفسية ـ قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (الدراسات النفسية) ـ آداب عين شمس ١٩٦٠ .

٦ ـ حسن الفنجري ـ العدوان لدى الأطفال دراسة مقارنة في الريف والحضر ـ رسالة ماجستير ـ مجلة علم النفس ـ العدد الخامس ـ ١٩٨٨ ص ١١٣ .

٧ ـ حسين فايد ـ دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين ومتعاطي الحشيش ـ رسالة ماجستير بآداب عين شمس ١٩٩٢ ص ٤ ـ ٦ ـ ١٨ .

٨ ـ رشاد عبد العزيز موسى ـ النوع كمحدد سلوكي في الاكتئاب النفسي دراسة عاملية ـ مجلة علم النفس ـ العدد ١١ عام ١٩٨٩ ص ٦٢.
٩ ـ سوزان ايزاكس ـ تأليف ـ محمد مختار المتولي وآخرين ـ ترجمة ـ الطفل في المدرسة الابتدائية ـ سلسلة كلية المعلمين بإشراف إسماعيل القباني لجنة التأليف والترجمة ـ ١٩٥١ ص ٦٢.
١٠ ـ سامي عبد القوي علي ـ مقياس الصرع النفسي حركي دراسة عاملية ـ مجلة علم النفس ـ العدد ٢٥ ـ عام ١٩٩٣ ص ٨٦.
١١ ـ سامي عبد القوي علي ـ خصائص الشخصية المرتبطة بتدخين السجائر دراسة في الفروق بين الجنسين لدى طلاب الجامعة ـ رسالة ماجستير تحت إشراف محمود أبو النيل آداب عبد شمس ـ ١٩٨٦ ص ١٤٦.
١٢ ـ صلاح مخيمر ـ مفهوم جديد للتوافق ـ مكتبة الانجلو ـ ١٩٧٨ ص ٥.
١٣ ـ طريف شوقي ـ الآثار النفسية للعقوبات سالبة الحرية ـ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ـ ١٩٩٢ ص ٢٠.
١٤ ـ عبد المنعم المليجي ـ النمو النفسي ـ مكتبة مصر ـ ١٩٥٧ ص ٥٧ ـ ١١٣.
١٥ ـ عبد المنعم المليجي ـ خبراء النفوس ـ مكتبة مصر ١٩٥٦ ص ٤٥.
١٦ ـ عبد السلام عبد الغفار ـ مقدمة في الصحة النفسية ـ دار النهضة العربية ـ القاهرة ١٩٧٦ ص ٧٥.
١٧ ـ عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم ـ الدلالات الإكلينيكية لاستجابات مدمن المخدرات ـ دراسة حالة ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة العامة للكتاب ـ العدد ٣ ـ ١٩٨٧ ص ٥١.
١٨ ـ عمر السيد الشوربجي ـ أخطار اكتئاب الأم على الطفل ـ مجلة علم النفس الهيئة العامة للكتاب ـ العدد الرابع ـ ١٩٨٧ ص ١٢٨.
١٩ ـ فتحي السيد عبد الستار ـ سيكلوجية الأطفال غير العاديين (الجزء الثاني) دار القلم ـ الكويت ـ ١٩٨٢ ص ١٢٢.

٢٠ ـ فؤاد البهي السيد ـ علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري ـ دار الفكر العربي ـ ١٩٧١ ص ٢٠٣.
٢١ ـ فرج طه ـ علم النفس الصناعي ـ دار المعارف ١٩٨٣ ـ ص ٤١.
٢٢ ـ فرج طه ـ علم النفس والمدرسة ـ في كتاب علم النفس وقضايا العصر لفرج طه ـ مكتبة سعيد رأفت ـ ١٩٧٨ ص ٦٠.
٢٣ ـ كوفيل وآخرون ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة ـ علم نفس الشواذ ـ دار النهضة العربية ـ ١٩٦٧ ص ٧٨.
٢٤ ـ لورانس شافر ـ تأليف ـ علم النفس المرضي والاضطرابات الصغرى في كتاب ميادين علم النفس ـ تأليف بإشراف جيلفورد ـ وترجمة بإشراف يوسف مراد ـ المجلد الأول ـ دار المعارف القاهرة ـ ١٩٥٥ ص ٣٤٩، ٣٧٥.
٢٥ ـ محمد عماد الدين إسماعيل ـ الشخصية والعلاج النفسي ـ النهضة المصرية ـ الطبعة الأولى ـ ١٩٥٩ ص ٢٨٣.
٢٦ ـ محمد شعلان ـ الاضطرابات النفسية في الأطفال ـ الجهاز المركزي للكتب الجامعية ـ القاهرة ـ ١٩٧٧ ص ٢٤.
٢٧ ـ محمود أبو النيل ـ علم النفس الاجتماعي ـ دراسات عربية وعالمية ـ الجزء الثاني ـ النهضة العربية ـ بيروت ١٩٨٥ ـ ص ٥٢.
٢٨ ـ محمود أبو النيل ـ النمو النفسي ـ محاضرات غير منشورة ببرنامج التأهيل التربوي بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات العربية المتحدة ـ العين ـ ١٩٨١ ص ١ : ٣٠.
٢٩ ـ محمود أبو النيل ـ الإدمان ـ محاضرة ألقيت ضمن برنامج تدريب الضباط ـ بكلية شرطة دبي ـ أكتوبر ٩١.
٣٠ ـ محمد صلاح الدين مجاور وآخرين ـ سيكلوجية القراءة ـ دار النهضة العربية ـ ١٩٦٦ ص ١٦٦.
٣١ ـ محمد خيري محمد علي ـ الهجرة والجريمة ـ في كتاب علم النفس

الاجتماعي في البلاد العربية للدكتور لويس كامل ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ ١٩٧٠ ص ٤٤٣ .

٣٢ ـ محي الدين أحمد حسين ـ التنشئة الأسرية والأبناء الصغار ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ القاهرة ـ الألف كتاب (الثاني) ـ ٥٠ ـ، ١٩٨٧ ص ١٧٤ .

٣٣ ـ مديحة محمد العزبي ـ التدخين وعلاقة ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة العامة للكتاب ـ العدد ٣ عام ١٩٨٧ ص ٧ .

٣٤ ـ مصطفى سويف ـ علم النفس الحديث ـ الانجلو المصرية ١٩٦٧ ص ١١٧ .

٣٥ ـ مصطفى العوجي ـ الجريمة والمجرم ـ مؤسسة نوفل ـ بيروت غير منشور السنة ـ ص ٢٨٥ .

٣٦ ـ ممدوحة محمد سلامة ـ التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين ـ مجلة علم النفس ـ العدد ١١ عام ١٩٨٩ ص ٤١ .

٣٧ ـ ميشيل ارجايل ـ تأليف ـ عبد الستار إبراهيم ـ ترجمة علم النفس ومشكلات الحياة ـ مكتبة مدبولي القاهرة ١٩٨٢ ص ٩٧ .

٣٨ ـ نيڤين زيور ـ دراسة متعمقة في ديناميات التبول الليلي اللاإرادي ـ مجلة علم النفس ـ العدد العاشر عام ١٩٨٩ ص ٧ .

٣٩ ـ هانم علي إبراهيم الشبيني ـ السلوك المشكل لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقة ببعض المتغيرات الأسرية ـ رسالة ماجستير بمعهد الدراسات العليا للطفولة ـ جامعة عين شمس ـ ١٩٨٥ ص ٣٩، ٢٥١ .

٤٠ ـ الدليل العصري للأمراض النفسية ـ الجمعية المصرية للطب النفسي ـ القاهرة ـ ١٩٧٨ ص ١٢٢ .

41 ~ Clark, David Stafford. Psychiatry to Day, Apelican Book London, 1959, P. 234, 259.

42 ~ Lindgren H.C.P. Byrne & Petrovich L., An introduction to a behavioral science, jons wiley & son., London, 1968, P. 433.
43 ~ Driskell james E. & Olmstead Beckett, Psychology and Military Research Applications and Trends, American Psychologist. January 1989, P. 43-54.
44 ~ Hoffman Louise E., American Psychologist and wartime Research of Germany 1941-1945, American Psychologist, February 1992, vol. 47, No z, P. 264-243.
45 ~ Gamberale Francesco, Monitoring for Health in the work Environment: Beyond Pathology and Occupational Disease, Applied Psychology, An international Review, 1992, 41 (3) 207-218.
46 ~ Iregren Anders & Seeber Andrea, Psychological Approaches in Neurotoxicology: Some Introductory Remarks, Applied Psychology: An international Review, 1992, 4, (3) 205-206.
47 ~ Bernard Yronne, North American and European Research on Fear of crime, Applied Psychology: international Review, 1992, 41 (1) 65-75.

الباب الثاني

الأمراض السيكوسوماتية
النواحي التاريخية وحجم وأهمية المشكلة

علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة(*)

(من الفصل السادس حتى الفصل الثامن عشر) الفصول من ٦ ـ ١٨

(*) هذه الدراسة من الباب الثاني إلى الباب السادس (الفصول من ٦ : ١٨) هي نفس موضوع رسالة الدكتوراه للمؤلف تحت إشراف الأستاذ الدكتور السيد محمد خيري بكلية الآداب جامعة عين شمس عام ١٩٧٢، وقد قام المؤلف بإعادة صياغتها.

الفصل السادس

مقدمة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسم

لا نقصد بهذه المقدمة مبحثاً منفرداً عن العلاقة بين النفس والجسم، فهذا الموضوع قد أفاض فيه الفلاسفة والعلماء، وكتبوا فيه كتباً ومجلدات. بل إننا نرى أن المسح التاريخي للآراء المختلفة يساعد على بحث الفروض كما أن كثيراً من تعليقات الباحثين والعلماء تهدف إلى إيضاح طبيعة العلاقة بين النفس والجسم ونتائج تلك التعليقات قد تستعمل كموجه في إجراء البحث (٨٦: ٢). هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإننا سننظر لتلك الآراء من زاوية أن تأثير النفس في الجسم بدرجة ما يهدد بفقد التوافق المحقق بين الإنسان وبيئته. وبهذا يكون مسحناً لتلك الآراء محققاً لإطار موضوع هذه الدراسة.

وبديهي كما سنرى أن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قدم تاريخ الفكر الإنساني إذا يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم بالذات إلى زمن قديم فقد أشار بريل A.A. Brill إلى أن هيبوقراط (أبو الطب) Hippocrats قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه (٥١: ١٣، ١٥٣). ويعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم. إلا أن مشكلة النفس والجسم لم تكن بهذه البساطة بل إن العلاقة بينهما اختلف الفلاسفة في الاعتراف بها أو الفصل بينهما. فيذهب أرسطو (٣٨٤ ـ ٣٢٢ ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب

والخوف والرجاء والفرح والبغض والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم. ويستطرد قائلاً بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال نفسي يحدث تغير في الجسم (٥١ : ١٥٣). وهكذا نلمح في أعمال كل من أبقراط وأرسطو ما يشير إلى أن أثر النفس في الجسم يؤدي إلى سوء توافق الإنسان في حياته.

وجاءت بعدهما في القرن الثاني الميلادي نظرية جالينوس وهي النظرية المعروفة بنظرية «الروح الحيواني» والتي فسرت بمقتضاها الظواهر الحيوية في الجسم الإنساني والصلة بينهما وبين بعض الظواهر النفسية والتي ظلت معمولاً بها مع قليل من التحوير حتى القرن الثامن عشر. وفي هذه النظرية تعتبر الأعصاب أنابيب دقيقة التركيب متصلة مباشرة بالأوعية الدموية الشعرية بحيث لا يصل من ذرات الدم إلا أكثرها حرارة وحركة ولطافة، ومن هذه الذرات الدموية الشديدة الحركة والحرارة واللطافة يتألف الروح الحيواني، ولقد وضح تأثر النظرية الفسيولوجية في الانتباه والتي وضعها بلانتر Blanter (١٧٧٢) بهذه النظرية.

وظهرت بعد نظرية الروح الحيواني في تفسير العلاقة بين النفس والجسم نظرية أخرى هي نظرية: الموازاة بين الجسم والنفس والتي تعتبر الظواهر البدنية ظروفاً أو شروطاً للظواهر النفسية، كما أن الزيادة في التغير في أحدهما يتبعه زيادة في الآخر. ويبلغ المدى أقصاه في تفسير العلاقة بين الجسم والنفس على يد أصحاب مذهب الوحدة المادية فيقول «هينر» إن الإحساسات والأفكار ليست سوى حركات داخلية في جسم حي، ثم ازداد تحديد هذه العلاقة بزيادة علمهم بصلة الظواهر النفسية والظواهر البدنية وإدراكهم توقف الأولى على الثانية ويأتي ذلك على يد جون تولاند المفكر الإنجليزي (١٧٢٢) حيث عرف الفكر بأنه وظيفة من وظائف المخ، كما اعتبر روبرت هوك الفيلسوف التجريبي (١٧٠٣) الذاكرة خزانة مادية تختزن فيها الأفكار في جوهر المخ.

وفي القرن الثامن عشر بلغ المذهب المادي (المتقدم على عصر «كنت») ذروته في الفلسفة الفرنسية، فقد عزا لامتري في كتابه المسمى الآلة الإنسانية عام (١٧٤٨) المادة إلى إعادة القدرة على اكتساب الحركة والحس ووصف العقل بأنه علة هذه الحركة. ويأتي القرن التاسع عشر ليشهد حركة إحياء للمذهب المادي تظهر بوادرها في مؤتمر العلوم الطبيعية الذي عقد في جوتنجن عام (١٨٥٤) وما نشر فيه من مؤلفات في الصلة بين النفس والجسم مادية في نزعتها على يد فوجت ومولشت وبخنر. ولقد دعم ماديو القرن التاسع عشر آرائهم عن الصلة بين النفس والجسم بنظريات ابستمولوجية (أي في طبيعة المعرفة) تظهر أول آثارها في قول «فوجت»: أن حدود الفكر تنطبق تماماً على حدود تجاربنا الحسية، ويفسر ذلك بأن المخ هو الأداة التي بواسطتها يؤدي العقل وظيفته. ويأتي بعد ذلك مولشت في كتابه المسمى: دور الحياة (١٨٨٧) ليقول باتحاد القوة والمادة وباتحاد الجسم والعقل.

أما فخنر في كتابه المادة والطاقة فإننا نجد كثيراً من التضارب وعدم الاتفاق، فيذهب إلى أن المادة والطاقة ـ كالجسم والعقل ـ ليس سوى اسمين لناحيتين مختلفتين أو لمظهرين مختلفين لحقيقة واحدة لا سبيل إلى معرفة كنهها وطبيعتها ثم يذهب في مكان آخر من كتابه ليقول بأن المادة قد سبقت العقل في الوجود بزمن طويل وأن وجود العقل يقتضي وجود المادة على نحو ما. ثم يعود فيقول أن العقل هو المظهر العام لجميع نشاط المخ... إلخ. ويأتي بعد ذلك مذهب الوحدة Monism حيث تظهر معالجة أصحابه لموضوع العلاقة بين النفس والجسم من ناحيتين: الأولى اعتباره العقل والمادة صفتان أو ناحيتان لحقيقة واحدة أو لموجود واحد يتألف منهما، والثانية أنهما مظهران لموجود واحد وإن كان مختلفاً متمايزاً عنهما. ويلقى هذا المذهب تأييداً من الفلاسفة أمثال فخنر، وفوندت Wundt حيث يقولان أن العقل هو الوحدة الداخلية لذلك الذي إذا نظرنا إليه من خارج، وسميناه جسماً. ثم يعرفان العقل والجسم بأنهما ناحيتان مختلفتان

لحقيقة واحدة تتألف منهما معاً (٤: ٧٩، ٨٤، ١٦٤).

ولا يفوتنا ونحن في هذا المقام الذي نسعى فيه إلى معرفة النواحي التاريخية للمناقشات التي دارت لتوضيح العلاقة بين النفس والجسم، أن نذكر رأي رينيه ديكارت (١٥٩٦ ـ ١٦٥٠) فيذهب إلى أن النفس والجسم جوهرين متمايزين متضادين: فالنفس روح بسيط مفكر والجسم امتداد قابل للقسمة. وواضح أنه ليس في رأي ديكارت عن مفهوم الجسم شيء مما يخص النفس وعن مفهوم النفس شيء مما يخص الجسم. لكن ديكارت يستدرك قائلاً: إن طبيعتي تعلمني أني لست حالاً في جسمي حلول النوتي في السفينة، ولكني متحد به اتحاداً جوهرياً يكون كلاً واحداً بحيث لو جرح جسمي قلت أقتصر على إدراك الجرح بالفعل ولكني أنبه إليه بالألم. فالألم والجوع والعطش وسائر الانفعالات لا تنال النفس بما هي كذلك وإنما هي ناشئة من اتحاد النفس والجسم واختلاطهما، وبهذا نرى استعادة ديكارت لألفاظ أرسطو. لكن ديكارت لم يحسم مسألة العلاقة بين النفس والجسم على هذا النحو بل اتسم مذهبه بالتناقض والتركيب الصناعي. وبعد ذلك يأتي فيلسوف آخر هو نقولا مالبرانش (١٦٣٨ ـ ١٧١٥) فيتعثر هو أيضاً في حسم مسألة اتصال النفس بالجسم فيقرر أنهما متباينان وأن أفعالهما متباينة كذلك فلا تؤثر النفس في الجسم ولا يؤثر الجسم في النفس. ثم يأتي باروخ اسبينوزا (١٦٣٢ ـ ١٦٧٧) فيذهب إلى أن الإنسان مركب من حال امتدادي هو جسمه ومن حال فكري هو نفسه، الجسم آلة مؤلفة من آلات والنفس فكرة الجسم أي فكرة موضوعها الجسم الموجود بالفعل فهي تبدأ وتنتهي مع الجسم وعلتها خارجة عنها تلتمس في أحوال أخرى من الفكر مقابلة لأحوال الامتداد التي هي علة الجسم، والإحساس ظاهرة جسمية، أما الإدراك فظاهرة فكرية تقوم في تصوير النفس للإحساس وقت انفعال الجسم به من حيث أن النفس هي دائماً بالجسم (٥١: ١٣، ١٥٣). ويعتبر اسبينوزا بآرائه هذه الجوهر المقدم لكل من المادة والفعل شيئاً لا يمكن حده (تعريفه) أو العلم به. وليس في هذه النظرية مجال للقول بوجود

تفاعل حقيقي بين العقل والجسم ولكنها تقرر وجود مجرد التوازن بينهما (٥٢: ٧٩، ٩٩، ١١٠).

ولا يقتصر تناول موضوع العلاقة بين النفس والجسم على آراء الفلاسفة اليونانيين القدامى وغيرهم من الفلاسفة الإنجليز والفرنسيين المحدثين، بل كذلك فطن العرب ما للأعراض النفسانية من أثر في إحداث تغيرات بدنية وأمراض جسمية، وفي إعاقة الشفاء أو تعجيله، مما يهدد ذلك توافق الإنسان، وأهم من أشار لذلك من الأطباء ابن عيسى المجوسي (٩٩٤م) فيذهب في كتابه «كامل الصناعة الطبية» أن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاكه وتولد هذه الأعراض الحميات الرديئة (٥٣: ١٣٠).

وليس رأي ابن عيسى المجوسي فقط هو الرأي الوحيد بل إننا نرى أن التطبيق الخاص للمبادىء المتضمنة في التشخيص الطبي والعلاج في أيامنا لا يعتبر جديداً، ونستشهد بما ذكر في الكتاب الفارسي المسمى «أخلاق الجلالي» The Akhlaq-i-galali عن أن الطبيب الرازي العظيم Rhazes قد دعي إلى ترانسواكسيانا ليعالج الأمير منصور الذي كان يشكو من أمراض روماتيزمية في مفاصله، فلما وصل نهر أوكسيس خاف عبوره في القارب مع جنود الأمير فاضطروه للعبور. ولما دخل الرازي بخارى بلد الأمير جرب طرقاً عديدة لعلاجه دون أن ينجح. وقال له آخر الأمر «سأجرب غداً طريقة جديدة ولكنها ستكلفك خير حصان وخير بغل في حظيرتك». وفي اليوم التالي ركب الرازي والأمير وذهبَ إلى حمام ساخن خارج المدينة، وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذي وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة كان قد أعدها «ليسقيها له» كما يقول الرازي «عندما يجيء الوقت الذي تنضج فيه الأخلاط التي في مفاصله». ثم خرج ولبس ثيابه، ودخل ثانية وفي يده سكين، ووقف برهة يسب الأمير قائلاً: «لقد أمرت أن أُقيد وأن أُلقي في القارب، متآمراً بذلك على حياتي، وإن لم أقتلك عقاباً لك على

ذلك فلست محمد بن زكريا، فغضب الأمير غضباً شديداً وثارت ثائرته وهب واقفاً على قدميه مدفوعاً بالغضب من جهة والخوف من جهة أخرى، فأسرع الرازي هارباً ثم أرسل رسالة للأمير قائلاً «بأنه عمد للعلاج النفسي ولما تعرضت الأخلاط الفاسدة لحرارة الحمام الساخن إلى الحد الكافي، أثرتك عامداً حتى أزيد من حرارتك الطبيعية، وبذلك اكتسبت من القوة ما يكفي لإذابة الأخلاط التي كانت قد لانت. . . . .».

وجاء في كتاب ابن سينا «الأصل والعودة» عام (٩٨٠م) شيء شبيه بعمل الرازي، وكانت المريضة جارية في بلاط الملك إذ كانت منحنية لأسفل لرفع الأكواب والأطباق فأصيبت بتصلب مفاجىء في المفاصل وصارت غير قادرة على أن تأخذ الوضع الطبيعي ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيئاً، فرجعوا للعلاج النفسي، وجعل ابن سينا انفعال الخجل أحد مساعداته وبدأ برفع ملابسها بادئاً بالبرقع حتى الخمار وهكذا، فأنتج ذلك وهجاً من الحرارة أوقفت المزاج الروماتيزمي Dissolved the Rheumatic humour ووقفت المريضة معتدلة كاملة العلاج. وتشير هاتين الحادثتين إلى أن معرفة المبادىء التي تحكم العلاقة بين الجسم والعقل مفهومة ومعروفة منذ القدم. وتشكل هذه المبادىء العلاج الأساسي للطرق الحديثة في الكشف عن الوجع. كما أننا نلاحظ أن ما ظهر على أنه علاج حديث ممكن أن يرجع لمئات بل لآلاف السنين عند بني البشر الذين ننظر إليهم على أنهم بدائيين. وقد يكون ما ذكر عن موضوع العلاقة بين النفس والجسم في هذه اللحظة من واقع ما هو مدون في المراجع وكتب الفلسفة والتاريخ. ولعل في ملاحظات ومشاهدات الانثروبولوجيون المحدثون على الشعوب البدائية ما يؤكد ما سبق أن ذكر، فيذكر أحد الانثروبولوجيون مثالاً يوضح الطرق المستعملة لديهم في الكشف عن السلوك الإجرامي، فلقد ذُبح شيخ أحد القبائل، وشُك في خمس رجال كان قد أصابهم ضرر في الماضي منه. ولاكتشاف المذنب قام الطبيب العراف witch بعمل احتفال كبير وسط دقات الطبول المنتظمة، وأخذ التوتر يظهر لدى الرجال الذين وقفوا أمام القبيلة

وظهورهم للنهر، وقد وضع العراف خمس أكوام من الأرز أمامهم، وأخذ يخطب عن الظلم والجور iniquity الذي وقع باغتيال رئيس القبيلة، وعن السحر الذي سيكشف المغتال. فالشخص المذنب لن يستطيع بلع الأرز وغير المذنب سيأكل الأرز دون صعوبة. واستطرد العراف يسرد مزايا طريقته هذه في كشفها لمجرمين culprit اعترفوا من قبل. ثم قام بعرض أطباق الأرز على المتهمين بطريقة مسرحية وقال: انظر look وشاهد behold فتقدم أربعة منهم لأكل الأرز دون أن يظهر عليهم علامات خارجية للسرور أو الرعب. أما الخامس فبوجه ترابـي ashenface، وبصعوبة وقف على رجلين مرتعبتين، وأخذ يحرك فكيه، وبلا جدوى حاول ابتلاع بعض الأرز دون نجاح، واعترف بقتل رئيس القبيلة. ويتضح فيما حدث بين العراف والمتهمين حقيقة التفاعل بين النفس والجسم، فنحن نعرف الفم الجاف من الخوف وأن الانفعال الشديد يكف الهضم، وإفراز اللعاب الذي يتصل اتصالاً وثيقاً بالهضم، فبدون اللعاب يصبح من الصعوبة مضغ وبلع الطعام، فالمجني عليه في هذه الحادثة خاف من قوة الطبيب العراف وقدرته على كشف الحقيقة، وهكذا فعندما ظهر الأرز لم يكن الجاني في حالة نفسية ملائمة لأكله وبلعه.

وإلى جانب الأحداث الثلاثة السابقة نسوق تلك الحادثة الأخيرة لابن سينا والتي ذكرت في أفضل ما عمل من أعمال وهو كتاب «القانون» The Qanun. ففي القسم الخاص بالحب، والذي يقع تحت الأمراض العقلية أو المخية، والأرق، والنسيان والهوس، والخوف، والملانخوليا، وما شابه ذلك ذكرت الحادثة التالية: فعندما هرب ابن سينا من محمود العزنوي M. of Ghazna متنكراً إلى مدينة هايركانيا Hyrcania عن طريق نهر كاسبيان Casippan وجد أحد أقارب حاكم ذلك الإقليم مريضاً بمرض حير كل الأطباء المحللين، وفحص ابن سينا المريض بعناية، وطلب أن يأتي معه بعضاً ممن يعرفون أحياء المدينة والمدن الموجودة بالإقليم وقاموا بذكر أسمائها بينما ابن سينا واضعاً يده على نبض المريض. وعندما ذكر اسم

مدينة معينة شعر بزيادة في نبض المريض وفي الحال قال ابن سينا: إني في حاجة لبعض ممن يعرفون كل البيوت والشوارع والأحياء في هذه المدينة، ومرة أخرى وجد زيادة في نبض المريض عند ذكر اسم شارع معين، كذلك وجد عند ذكر القاطنين في منزل معين زيادة في نبض المريض، فقال ابن سينا بعد ذلك إن هذا الشاب واقع في حب بنت تسكن في ذلك المنزل من ذلك الشارع من ذلك الحي من تلك المدينة، واكتمل علاج الشاب بزواجه منها في ساعة حددها ابن سينا (٧١: ٧١).

وهكذا نجد أن الإنسان قد عرف منذ زمن طويل كما سبق، أن «الانفعالات النفسية» لها علاقة بالحالة الجسمية، والجسد عامة، فالمثل الإغريقي الذي يقول: العقل السليم في الجسم السليم، يعترف ضمناً بأن كليهما يرتبط بالآخر ارتباطاً وثيقاً ومع ذلك فإن الكثير من الناس يجدون الآن صعوبة كبيرة في الاعتراف بذلك حتى ولو بينهم وبين أنفسهم. ولقد أتاحت المتاعب التي ألقيت على الأنا أثناء الحرب للكثيرين مزيداً من الوعي والتقدير العظيم للعلاقة بين أفكارنا ومشاعرنا وطريقة الجسم في القيام بوظيفته، كما اكتشفوا أموراً عديدة عن انفعالاتهم وأثر هذه الانفعالات على أجسامهم وهي حقائق لم يسبق لهم أن عرفوا شيئاً عنها. ومن أكثر الأمور شيوعاً مما تعلمه هؤلاء الرجال أنه عندما كانت الحياة عنيفة بشكل غريب لفترة طويلة كانوا على وشك أن تظهر عليهم أعراض جسمانية فكان يحدث ألا يقوم عضو من أعضاء الجسم بوظيفته خير قيام كالقلب أو الرئتين أو العين أو المعدة (٤٦: ٩٤، ١٨٢). ولقد وصل برتراند راسل، وجون ديوي وهما من المفكرين المحدثين لاتفاق أن الفصل بين الجسم والعقل لا معنى له أساساً، لأنه من الخطأ التفرقة بين العقل والجسم في المحل الأول، وتصوروا أنهما عملية مستمرة من نواحي عقلية ونواحي جسمية كلاهما يخضع للدراسة العلمية (٧٢: ٤٣٦).

تعليق: يتضح لنا من العرض السابق أن مشكلة العلاقة بين النفس والجسم سارت في عدة اتجاهات. فهناك من يعتبرون النفس والجسم شيئان

منفصلان، وهناك من يعتبرها شيئاً واحداً أو مظهران لكل واحد هو الإنسان. وهناك من يعتبرهما شيئاً واحداً ثم يعود فيقول أنهما شيئان منفصلان ولعل ذلك يرجع في حقيقة الأمر للظروف التي كانت تحيط بهؤلاء المفكرين والفلاسفة، والعصور التي كانوا يعيشون فيها، فالرأي الذي كان يقول بانفصال النفس والجسم يعكس تزمتاً دينياً واضحاً لدى هؤلاء الفكرين حيث كانت تعطي الأهمية للنواحي الدينية والروحية، وتنكر النواحي المادية الجسمية.

ولقد التقت آراء أبقراط «أبو الطب» وأرسطو وابن عيسى المجوسي والطبيب الرازي وابن سينا والإنثروبولوجيين، في الكشف عن أن أثر الانفعالات في الجسم أمر يهدد تكيف الإنسان ويشير إلى أن التوافق الذي كان محققاً بين الإنسان وبيئته قد فقد. ولقد تكلم أرسطو عن ذلك بوجه عام، أما محاولة أبقراط القيام بتحليل أحلام ملك مقدونيا لشفائه من مرضه الجسمي فتشير إلى أن المرض لم يهدد التوافق العام للمريض فقط بل توافقه المهني، فهو كملك مسؤول عن رعية لو أزمن المرض لديه لساء توافقه في تصريف أمور الناس. ونفس الشيء ينطبق على الأمير المنصور الذي قام بشفائه الطبيب الرازي، وعلى جارية البلاط الملكي والتي قام بشفائها ابن سيناء.

من أين نعلم أن هذه الأمراض التي أصابت ملك مقدونيا، والأمير منصور، وجارية البلاط الملكي «اضطرابات سيكوسوماتية»؟. أن الإجابة على هذا التساؤل وضحت في سردنا لأحداث تلك الحالات التي طال المرض بها واحتار الأطباء في علاجها، فطول المرض، وعدم جدوى العلاج الطبي وحده في شفائها من العلامات التي تستخدم الآن في الكشف عن هذه الأمراض إلى جانب الوسائل الأخرى.

الفَصْل السَّابع

حجم المشكلة وأهميتها

اتضح من العرض التاريخي السابق مدى ما تشكله الاضطرابات السيكوسوماتية من خطورة على حياة الأفراد سواء في توافقهم العام أو في توافقهم المهني، وانطلاقاً من أنه إذا قام باحث بتضييق المشكلة قبل أن تتوفر لخياله فرصة كافية لرؤيتها من زوايا وأبعاد مختلفة، فقد لا يصل إلى المدخل الأكثر سلامة وصحة لمعالجتها. ومهما يكن الأمر فعليه أن يحدد مشكلة بحثه في النهاية فيما يختص بالحجم الذي يجعل معالجتها ممكنة بالنسبة له، وفي هذا الفصل سنحاول أن نوضح أهمية هذه المشكلة ومدى خطورتها أو بمعنى آخر مدى انتشارها بين الناس (٩: ٢١١). ولقد ارتبط انتشار هذه الاضطرابات بالحضارة فرغما مما تتسم به حياتنا اليوم من نعيم وترف وعناية في التنشئة والتربية الصحية والتعليمية، والتي لم تتح لأفراد الجيل السابق، وبالرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب سواء الوقائي أو العلاجي فقد انتشر في الحضارة الحديثة مجموعة من الأمراض الجسمية المزمنة المستعصية على الشفاء ومن أظهرها أمراض الشريان التاجي والذبحة الصدرية، والجلطة الدموية، وارتفاع ضغط الدم الجوهري أي الذي لا يرجع إلى الأسباب العضوية المعروفة، ومنها قرحة المعدة والاثني عشر، وبعض حالات الإسهال والإمساك المزمن، والربو، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، وتضخم الغدة الدرقية، وكثير من حالات الصداع النصفي، والطفح الجلدي، والبول السكري، وسلس البول، واللمباجو، وعرق النساء، والصلع. وإن ما يوضح دور الحضارة في انتشار هذه

الأمراض البحث الذي أجري على الأسكيمو عام ١٩٥١ والذي أوضح أن نسبة شيوع هذه الأمراض بين من يأخذون بأسلوب الحياة الشائع في الحضارة الغربية وبين السكان الأصليين هي ٥ : ١ كما لوحظ أنها بدأت تنتشر في البلاد الآخذة بالتصنيع كالهند وغرب أفريقية وأنها أقل انتشاراً في المناطق الزراعية وغير المصنعة من انجلترا. وقد نشر الدكتور عبد العزيز إسماعيل مقالاً بمجلة Lancet ١٩٢٨ قرر فيه أن ارتفاع ضغط الدم نادر جداً بين العمال المصريين. ومما يجب ذكره أن هناك فارقاً إحصائياً دالاً بين ضغط الدم لدى الزنوج الذين يعيشون بالولايات المتحدة، وقد تأكد أنه فارق يرجع للحضارة لا للسلالة. كما لوحظ أن ضغط الدم لدى الأجانب المقيمين في الصين والمناطق الحارة أقل من الضغط لديهم أنفسهم وهم يعيشون في المناطق المعتدلة، وأن التاجر الأمريكي ذا الحياة القلقة الصاخبة إذا ذهب ليعيش بين قوم هادئين انخفضت عمليات الأيض لديهم - أي عمليات التحول الكيميائي في الجسم - يظل في مكانه كأنه معرضاً في أغلب الظن للإصابة بأحد الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لقلقه الزائد (٣: ٤٧).

ولقد بلغت مشكلة الاضطرابات السيكوماتية حجماً متضخماً لدرجة أن الأطباء الممارسون العموميون يشكون من أن هناك مرضى يستشيرونهم باستمرار، وهذا يؤثر في الخدمة التي يمكن أن يؤدونها لباقي المرضى، ويصطلحون على تسمية هؤلاء المرضى بحالات «الملف السميك» « Thick-File» لكثرة ما به من فحوص وروشتات خاصة بالتشخيص والعلاج. كما يسمونهم أيضاً بحالات أعراض «الوجه المألوف» ,Kemp) face 1963)[٥٧]. وفي دراسة شملت ١٤١٨ عضواً من أعضاء البرلمان الإنجليزي رجالاً ونساءاً من عام ١٩٤٥ حتى نهاية ١٩٦٧ سواء الذين ما زالوا أعضاء أم لا، حيث توفرت معلومات عن كل عضو أهمها تاريخ وسبب الوفاة حيث كان ذلك الأخير هو هدف الدراسة فوجد أن أسباب الوفاة: مرض الشريان التاجي حيث توفي ٨١ بذلك المرض في حين أن

المتوقع ٩٧,٢، وأمراض أوعية القلب الدموية حيث مات بها ٦٨ من الأعضاء في حين أن المتوقع ١٣٥ (٩٥: ٧٢). وتزخر المراجع بالإحصائيات التي توضح خطورة المشكلة فلقد بلغ عدد الوفيات من أمراض القلب في الولايات المتحدة لكل ١٠٠,٠٠٠ مائة ألف شخص ١٣٢ في عام ١٩٠٣ فارتفع إلى ٢٢٨ في عام ١٩٣٣، كما ارتفعت حالات الوفاة من القرحة المعوية في اسكتلندا من عام ١٩١٠ ـ ١٩٣٨ إلى ثلاثة أضعاف، وفي انجلترا إلى أربعة أضعاف، كذلك فإن عدد الجنود الذين أعفوا من الخدمة العسكرية بسبب إصابتهم بالقرحة المعوية في الخمسة عشر شهراً الأولى في الحرب العالمية الأولى ٧٥٠، في حين وصل هذا العدد في السبعة والعشرين شهراً الأولى في الحرب العالمية الثانية إلى ٢٣٥٧٤ (٥٣ : ١٣٠).

كما أنه بالنظر في إحصائيات شركة متروبوليتان الأمريكية للتأمين على الحياة يتضح أن شخصاً من كل اثنين في الولايات المتحدة ممن تجاوزوا الخمسين يموت بفعل الأمراض القلبية ـ الوعائية ـ «renal» Cardio-vascular ويدل البحث على أن نصف هذه الحالات يرجع إلى ارتفاع ضغط الدم الجوهري، ومن ثم فإن ربع السكان تقريباً ممن جاوزوا الخمسين يموتون من أثر ارتفاع ضغط الدم، وإذا عرفنا أن الإحصائيات تدل من ناحية أخرى على أن غالبية السكان في سبيل أن يصبحوا تدريجاً من المتقدمين في العمر، تبين لنا خطورة المشكلة. ويؤكد تلك الخطورة الطبيب الإنجليزي هالليدي Hallidey عام ١٩٣٨، حيث يقول أن الأمراض العصبية وطائفة من الأمراض العضوية مثل: فقر الدم والروماتيزم والتهاب غشاء المعدة، وقرحة المعدة وهي المسماة باضطرابات سيكوسوماتية في زيادة مطردة كما أنها لدى الشباب أكثر منها لدى الشيوخ (٣٣: ١٣). وليس ذلك فقط بل إن تكاليف علاج فئة واحدة من هذه الأمراض وهي الصداع يبلغ ٨٠ ثمانين مليوناً من الدولارات بالويلايات المتحدة الأمريكية سنوياً (٨٥: ٣٣٧) كما يقرر الأطباء النفسيون أن من ٥٠ ـ ٧٥٪ من

الشكاوي البدنية والتي يذهب من أجلها الناس إلى الطبيب نفسية المنشأ (٨٧: ٢٢٦). ويؤيد وليم ك. مننجرمنروليف ذلك حيث يذكر أن نسبة عالية من الأمراض التي نجدها في نصف المرضى الذين نراهم في حياتنا العامة اضطرابات سيكوسوماتية، كما يذكر أيضاً أنه أعفي من الخدمة العسكرية أكثر من نصف مليون من الرجال والذين يكونون ٤٩٪ من مجموعة الذين أعفوا من الجيش بسبب اضطراب نفسجمي. وكان سبب إعفائهم عدم قدرتهم على الوصول إلى درجة التوافق المطلوب (٤٦: ٩٤، ١٨٢).

ويذكر بروان أن نسبة الوفيات في إنجلترا بسبب تسمم الغدة الدرقية (الجويتر) ما بين عامي ١٩٠٠، ١٩٣٦ ازدادت إلى ٤٠٠٪ في الذكور، ٢٣٠٪ في الإناث على الرغم من تحسن وسائل العلاج. كما تبين أنه في عام ١٩٢٤ قد توفى بالولايات المتحدة حوالي ١٤٠,٠٠٠ مائة وأربعين ألفاً نتيجة لضغط الدم المرتفع، إلا أن هذا الرقم قد ارتفع عام ١٩٤٠ إلى ٣٧٥,٠٠٠ ثلاثمائة وخمسة وسبعين ألفاً. وفي اسكتلندا أوضحت الإحصائيات بين عامي ١٩٣١، ١٩٣٦ (الفترة التي بلغ التعطل فيها القمة) ازدياداً في نسبة قرحة المعدة من ١٣٠ ـ ١٤٠٪ والوهن العصبي من ٩٠ ـ ١٠٠٪ والتهاب المعدة من ١١٠ ـ ١٢٠٪. ويقول براون أنه لا يمكننا تجاهل الأخطاء المنطقية العديدة التي تتضمنها هذه الأرقام. ولكن سواء كانت الأرقام مضبوطة أم لا فإن حقيقة ازدياد الأمراض الناتجة عن الضغوط الانفعالية أمر لا شك فيه وخاصة في الأقطار الصناعية، وهي نادرة في المجتمعات البدائية غير المصنعة. كما بدأت تظهر في الهند وغرب أفريقيا بدخول التصنيع فيها. ولا يزداد حدوث مثل هذه الأمراض كمياً فقط بل إن التكرار الأفقي لهجماتها متجه الآن تجاه المجموعات الأصغر سناً كلما كانت ظروف الأفراد في طفولتهم عسرة.

وقد نشر مكتب بيع الكتب عام ١٩٥١ تقريراً «للدول» .Doll R وآخر «للجونز» .Jones A عن «العوامل المهنية في تسبيب قرحة المعدة والأمعاء»

حيث لفت هذان الباحثان النظر إلى حقيقة أن ٩٪ من الأسرة التي يبلغ تعدادها أكثر من ٤٠,٠٠٠ ألف سرير في الجراحة والطب عامة تشغلها حالات قرحة ببسينية وأن ١٠٪ من المرضى المترددين على العيادات الخارجية هم حالات تعاني من سوء هضم، وأنه في سلسلة متتابعة من التشريحات الكشفية أوضحت أن ٩,٥٥٪ من الحالات قرحة عاجلة أو آثار قرحة ملتئمة. وهذه الحالات لا تنشر عشوائياً في المجتمع بل إنها تقع في بعض المهن بصورة أكثر من المهن الأخرى، وقد وجد أن المهن التي يزداد فيها وقوع هذه الأمراض هي الأطباء، والمشرفون، ورؤساء التنفيذ. وهاتان المجموعتان الأخيرتان تتضمنان أولئك الذين يسند إليهم أكثر المراكز مسؤولية في الصناعة، وقد وجدت نسبة منخفضة لوقوعها كما هو متوقع بين العمال الزراعيين (٦: ٢٨٨). كذلك تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية في الوظيفة المعدية معوية لدى الناس الأصحاء الخاضعين لشدة انفعالية غير عادية. ولقد وجد فرايز ونلسون Fries & Nelson من بين ٢٦٩ مريضاً عصابياً ٤١,٥٪ كانت شكواهم الرئيسية أمراض معدية معوية ويرجع ذلك إلى أن البطن مائدة غذاء الانفعالات Abdomen, indeed, the sounding Board of Emotion. ولقد وجد دوير وبلاكفورد Dwyer & Blackford في دراسة لـ ٣٠٠٠ حالة من وجهة النظر الإكلينيكية أن الإصابات الكبيرة في المعدة والأثنى عشر أوضحت أعراضاً معدية في ١٥٪ فقط من الحالات. وفي سلسلة متتابعة من الفحوص في عيادة مايو فحص ١٥,٠٠٠ خمسة عشر ألف مريض لديهم عسر هشم مزمن فوجد أن ١٥,٥٪ لديهم تشوهات deformitis نتيجة قرحة هضمية بالمعدة peptic ulcer، ٢,٦٪ لديهم ورم سرطاني معدي. وهذا يشكل ١٨٪ من المرضى الذين كان اضطرابهم الهضمي نتيجة للأمراض العضوية الكبيرة في المعدة والأثنى عشر. ولقد علق أيوسترمان Eusterman على ذلك بقوله أن هذه الاضطرابات وإصابات أخرى قليلة نادرة تعلل ٢٠٪ من حالات الاضطرابات المعدية المزمنة. لكنه أضاف إلى أنه في الطب العام قد لا

تزيد النسبة المئوية عن ١٠٪، وأشار إلى أن الاضطرابات المعدية المنعكسة عن أحشاء البطن بخلاف المعدة مسؤولة عن من ٣٠ ـ ٤٠٪ من كل الحالات، وهذا في رأيه هو العصاب الذي يشكل ٢٥٪ من المجموع الكلي. هذا بالإضافة إلى أن من ١٥ ـ ٢٠٪ من الاضطرابات المعدية تعزى لأمراض أعضاء بعيدة عن المعدة (١٠٤: ٣٥٠).

ويتضح لنا أمراً مشابهاً لما سبق أن ذكره براون، يتمثل في تكرار وقوع أولئك الذين يتحملون ضغط الصناعة فريسة المرض ويموتون بأمراض الأوعية الدموية. ولقد كتب جراى G.W. Gray في هذا الصدد قائلاً: إن ضريبة الموت لرجال الأعمال الذين يقعون فريسة أمراض القلب في العقد الرابع والخامس من أعمارهم إنما هو شيء مرعب، لدرجة أن المؤسسات الكبرى تصر على الفحص الطبي السنوي لمديريها الكبار وذلك لكي تكتشف هذه الأمراض في مرحلة مبكرة. وليست أمراض القلب والأوعية هي فقط السائدة في الصناعة بل إن هناك مشكلة أخرى خطيرة خاصة بالالتهاب الجلدي في مجال الصناعة والتي وصفها تويستون دافيز J.H. Twiston Davis في مقال بعنوان «أمراض الجلد في الصناعة» بالمجلة البريطانية للطب بأنها اضطراب في الشخصية. وعى الرغم من أنه ليس هناك شك في أن بعض المواد الصناعية قد تؤدي إلى تلف بالجلد عند أي فرد يلمسها فإن الغالبية العظمى من حالات الالتهاب أدت إليه الروح المعنوية المنخفضة من العمل أو القلق بالبيت، وضاعفته السياسة الرسمية، ومن المعتقد أن أكثر من ٤٠٠,٠٠٠ حالة التهاب جلدي تظهر كل عام يعتقد أن سببها الظروف الخارجية مثل الرطوبة، والسوائل، والبخر الذي تمتلىء به الصناعة (٦: ٢٨٨).

وتذكر الدكتوره فلاندرز دنبار Dunbar F. أن المفقود من الوقت بسبب أمراض القلب يمثل ٢٠٪ من كل الوقت بسبب المرض عامة. وتأخذ هذه الأمراض رجالاً من العمل يقدرون بمليون رجل في السنة أو بـ ٢٥٠,٠٠٠,٠٠٠ مليون يوم رجل في السنة. كما تذكر أن الدكتور شارلز

جلنكنج Dr-Charles Glennking المدير العلمي لمؤسسة التغذية Nurturtion foundation قد كتب بأن الأشخاص الذين يزيدون في الوزن ١٥٪ عن معدلهم يكون نسبة موتهم ٢٢٪ فوق المتوسط، وهؤلاء الذين يزيدون في الوزن من ١٦ ـ ٢٥٪ يكون نسبة موتهم ٧٥٪ فوق المتوسط. وتشير دنبار إلى أن مرضى الشريان التاجي من المتوقع أن يظهر بأعداد أكبر في سن العشرين والأربعين وبين الشيوخ الكبار (٦٨ : ١٢، ٢٠٩، ٢٥٤).

ولقد سجلت الإحصاءات في الولايات المتحدة أن أمراض القلب بمختلف أنواعها ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨٪ عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧٪ عام ١٩٤٨ أي بزيادة أكثر من ٤٠٠٪، وأن ازدياد الوفيات من أمراض القلب ترجع في المقام الأول إلى الزيادة المذهلة في الإصابة بأمراض الشريان التاجي. كما دلت نفس الإحصاءات إلى أن نسبة الوفيات بالأمراض التاجية في إنجلترا أقل منها في الولايات المتحدة لكنها آخذة في الارتفاع بنسبة كبيرة، وأنها في سويسرا أقل منها في إنجلترا لكنها لا تزداد بسرعة. ولقد كانت نسبة الوفيات بالأمراض التاجية في الولايات المتحدة عام ١٩١٠ بين النساء والرجال هي ١ : ٦ أما اليوم فتكاد تتساوى الوفيات بين النساء والرجال.

ورغما من ذلك فإن تقديرات مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية يختلف فيما بينها اختلافاً واسعاً، فالتقارير التي يقدمها المسؤولون في مستشفيات الأمراض العقلية تشير بصفة عامة إلى أن من ٤٠ ـ ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء في كل أنواع المرض يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية. وتوضح الأبحاث في ميدان الطب الصناعي أن نسبة كبيرة جداً من حالات التغيب عن العمل ترجع أساساً إلى شكاوي سيكوسوماتية، كما تشير الدراسات في الميدان العسكري إلى أن الاضطراب السيكوسوماتي هو أهم أسباب التردد على العيادات. والدليل الآخر على تفشي هذه الأمراض تلك الأدوية الرائجة والتي تصرف دون تذكرة طبيب مثل المسهلات وأدوية المعدة والصداع(٤٨ : ١٣٥).

ولقد كان الضعف العصبي الوعائي Neuro circulatory A sthenia مشكلة أقل في الحرب العالمية الثانية من الأولى ولقد بلغت الحالات التي تقدمت لمركز العصاب بمستشفى لندن للطوارىء ٢,٣٢٣ حالة. كذلك يذكر كل من فيس وانجلش أن ارتفاع ضغط الدم اضطراب ملازم للحضارة الغربية، فتشير الدراسات التي أجريت على أهالي أفريقيا والصينين والعمال المصريين، إلى أن ضغط الدم نادر جداً بينهم. ولقبد وجد كل من شولز وشواب Schulze & Schwab أن حدوث ارتفاع ضغط الدم بين الزنوج الأمريكان الجنوبيين، كما سبق أن أشرنا، يكون مرتفعاً مرتين ونصف عن البيض الجنوبيين. كما بين شولز وشواب ومساعديهم هاينز وبرون Hines & Brown أن الميل لارتفاع ضغط الدم كما تأكد باختبار الماء المثلج Ice water Test يوجد بدرجة أعلى بين الزنوج الأمريكان الجنوبيين. وهذا يشير لعدم وجود أثر للوراثة إذ أن أجداد هؤلاء الزنوج في أفريقيا قبل أن يأتوا لأمريكا لم يكن لديهم ضغط دم عال، بل إن اتصالهم بالحضارة على مدى مائتي سنة جعلهم يكتسبون ضغط دم عال بدرجة أعلى من البيض الأمريكان (١٠٤ : ٣٥). وتواصل دنبار رأيها فتقول إن ارتفاع ضغط الدم أعم وأكثر مواتاً من السرطان ويعتبر أكبر مشكلة صحية لذوي الأعمار المتوسطة ويقتل واحداً من كل أربع رجال ونساء فوق الخمسين (٦٨ : ١٢٠، ٢٠٩، ٢٥٤).

مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية على المستوى القومي من خلال هذه الدراسة: يقدر بعض كبار الأطباء في مدينة القاهرة نسبة هذه الاضطرابات بـ ٥٠٪ من بين مرضاهم وهي في التقدير الإحصائي بالخارج لا تقل عن هذا الرقم إن لم تتجاوزه كما تبين لنا (١٧ : ١). وهذا الرقم يتجاوز بالفعل مثيله في الخارج بمراحل ونعتقد أن هؤلاء الأطباء أدخلوا في حسابهم الاضطرابات العضوية المؤقتة والتي تزول بزوال أو انتهاء العوامل الانفعالية المسببة لها. وقبل أن نستطرد في الكلام عن المشكلة على المستوى القومي نرجىء تعليقنا على هذا الفصل حتى ننتهي من عرض

حجم المشكلة كما ظهرت لنا من خلال الاستقصاء الذي أجريناه مع الأطباء الذين قاموا بتحديد عينة هذه الدراسة ووجهنا فيه إليهم مجموعة من الأسئلة التي وضعت في قائمة تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية. وتهدف هذه الأسئلة إلى التعرف على حجم المشكلة من خلال رأي الأطباء في ضوء تعريفنا للاضطرابات السيكوسوماتية ونستعرض فيما يلي نتائج الإجابة عليها:

أولاً - نتائج الإجابة على السؤال الأول وهو: من بين كم من العمال تم بالتقريب تحديد العمال الذين في القائمة(*)؟ ويوضح الجدول (١) نتائج الإجابة على هذا السؤال؟

رقم	الطبيب	الشركة	العمال المترددين	عدد الحالات التي تم تحديدها	عدد العاملين في كل شركة
١	الطبيب الأول	بالحديد والصلب	١٠٠٠	٦٦	
٢	الطبيب الثاني	بالحديد والصلب	٩٥٠	٥١	٨٥٠٠
٣	الطبيب الثالث	بالنصر للسيارات	١٠٠٠	٥٥	
٤	الطبيب الرابع	بالنصر للسيارات	٨٠٠	٥٠	٧٥٠٠

(١ ــ جدول يوضح عدد العمال المترددين وعدد الحالات التى تم تحديدها من بينهم)

(*) أنظر فصل الدراسة الاستطلاعية «اختيار العينة» إذ يوجد به تحديد بمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية الذي على أساسه اختار الأطباء العينة.

ويتضح من الجدول رقم (١) بالنسبة لكل من الشركتين ما يلي:
بالنسبة لشركة الحديد والصلب:

نجد أن من بين كل ١٩٥٠ عامل تقريباً يوجد ١٧ مريضاً بهذه الاضطرابات وذلك في ضوء المفهوم المقدم للأطباء في البحث عن هذه الاضطرابات. وإذا عممنا تلك النتيجة على مجموع العاملين بالشركة نجد أن بالشركة ما يقرب من ٥١٠ مريضاً بالاضطرابات السيكوسوماتية(*).

(٢) بالنسبة لشركة النصر للسيارات:

نجد أنه من بين كل ١٨٠٠ حالة يوجد ١٠٥ مريضاً بهذه الاضطرابات وإذا عممنا تلك النتيجة على مجموع العاملين بالشركة نجد أن بالشركة ما يقرب من ٤٣٨ مريضاً بالاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانياً - نتائج الإجابة على السؤال الثاني وهو: ما سبب عدم تحديد اضطرابات أخرى من باقي القائمة؟ وقد تركزت إجابات الأطباء على هذا السؤال فيما يلي:

١ - أنه يصعب تشخيص بعض هذه الاضطرابات كاضطرابات الإخراج وفقدان الشهية.

٢ - أن بعضها ينتج من عدوى ميكروبية أو فيروسية كالالتهاب الرئوي والبرد العام.

٣ - عدم وضوح المقصود ببعض الاضطرابات كما في التهاب المفاصل.

٤ - عدم تردد مرضى بعض الاضطرابات على بعض الأطباء أثناء تحديدهم العمال المرضى.

٥ - اعتبر بعض الأطباء فقدان الشهية عرض شائع، كما أن البعض الآخر اعتبره عرض شائع للاجهاد كانخفاض الضغط.

(*) وذلك على أساس قسمة المجموع الكلي للعاملين بالشركة وهو ٨٥٠٠ حينئذ (١٩٧٠) على عدد المترددين عامة وهو ١٩٥٠٩ وضرب الناتج في عدد الحالات التي تم تحديدها ١١٧.

٦ - أن بعض هذه الاضطرابات تكون «ادعاء» من جانب العامل للحصول على أجازة كتشنج العضلات.

وقد تشير النتائج السابقة جزئياً إلى سبب انخفاض النسبة المئوية المتوقعة لشيوع هذه الأمراض بناءاً على هذه الدراسات، في ضوء المفهوم الذي قدمناه للأطباء وذلك عن مثيلتها في العالم أو كما سبق أن أشرنا لتقدير بعض أطباء مدينة القاهرة. كما يجب الإشارة إلى ما يكمن في نتائج الإجابة على هذا السؤال من دلالات لدقة تحديد هؤلاء الأطباء للمرضى بناء على المفهوم الذي قدمناه أهمها: عزلهم الحالات التي لا تخضع في تحديدها للوقائع المستخلصة من المفهوم المقدم لهم كفقدان الشهية.

ثالثاً - نتائج الإجابة على السؤال الثالث وهو: كم نسبة انتشار هذه الأمراض بين العمال؟. وقد قصدنا من هذا السؤال التأكد من دقة تحديد الأطباء للعدد الذي تم من بينه تحديدهم للعمال المضطربين فكانت إجاباتهم كما هو موضح في الجدول رقم (٢):

رقم	الطبيب	الشركة	النسبة	مجموع النسبة في كل شركة	متوسط النسبة في كل شركة
١	الطبيب الأول	الحديد والصلب	٥٪	١٣٪	٦,٥٪
٢	الطبيب الثاني	الحديد والصلب	٨٪		
٣	الطبيب الثالث	نصر للسيارات	٤,٥٪	٤,٥٪	٤,٥٪
٤	الطبيب الرابع	لم يحدد	لم يحدد		

(٢ ــ جدول يوضح نسبة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بين العمال)

ويتبين من الجدول رقم (٢) ما يلي:

(أ) أن مجموع متوسط النسبة المئوية في الشركتين ١١٪.

(ب) أن متوسط النسبة المئوي" في الشركتين ٥,٥٪.

وإذا ما حاولنا معرفة مدى الانتشار بين العمال حسب هذه النسبة في كل شركة فتكون على النحو الآتي؟(*):

(أ) في الحديد والصلب ٤٦٨ حالة.

(ب) في النصر للسيارات ٤١٣ حالة.

ويتضح من الجدول (٣) العدد المقدر بالتقريب من العمال المضطربين بناءاً على السؤال الأول والعدد المحسوب بناء على النسبة المئوية في السؤال الثالث على النحو الآتي:

الشركة	العدد بناء على السؤال الأول	العدد بناء على السؤال الثاني
شركة الحديد والصلب	٥١٠	٤٦٨
شركة النصر للسيارات	٤٣٨	٤١٣
المجموع بالشركتين	٩٤٨	٨٨١
المتوسط	٤٧٤	٤٤٠

(٣ ـ جدول بالعدد المقدر بالتقريب للعمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية)

(*) بضرب نسبة ٥,٥٪ في مجموع العمال بالشركتين.

ويرجع الفرق بين المتوسطين إلى أن العدد كان تقديرياً، كما أن أحد الأطباء لم يقم بتحديد النسبة على السؤال الثالث، إلا أنه على الرغم من ذلك فإن هذا الفرق ليس كبيراً.

تعميم النتائج السابقة على جميع العاملين في الصناعة

تشير النتائج التي تم التوصل إليها خاصة ما أشار إليه الأطباء عن العدد الذي تم تحديد هؤلاء العمال المضطربين من بينه وتعميم النسبة على العدد الإجمالي للعاملين والتي تصل إلى نسبة ٥,٥٪ في الشركيتن. ومنذ البداية فنحن نحتاط من هذا التعميم لما يلي:

(١) أن هذه النسبة بناءاً على تقدير أربعة أطباء.

(٢) أن هذه النسبة مقدرة عن العمال بالشركيتن المذكورتين وهما يمثلان صناعات معدنية وصناعات هندسية كما أن هاتين الصناعتين تقعان تحت باب الصناعات التحويلية (٢٨: ٦١، ٦٢).

(٣) أن هذا التقدير قد ينطبق على المجال الصناعي وهو أحد المجالات التي يتكون منها المجتمع.

(٤) أولاً وأخيراً أن تقدير الأطباء كان في ضوء التعريف المقدم لهم والذي استخرجنا منه وقائع كانت بمثابة ضوابط لا يخرج عنها الطبيب في تحديده للحالة.

(٥) أن التفديرات السابقة ذكرها لأطباء القاهرة من المحتمل أن تكون قد وضعت في حسابها العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم بينما اقتصرنا نحن في مفهومنا للاضطراب السيكوسوماتية على التركيز على أثر العوامل النفسية في الجسم بالدرجة الأولى.

ومع ذكر الاحتياطات السابقة فإن تعميم تلك النسبة(*) على جميع

(*) أجريت الدراسة الميدانية عام ١٩٧٠.

العاملين في المجال الصناعي حسب تعداد عام ١٩٦٧ وهو ٨٦٦ ألف عامل نجد أن عدد العمال المضطربين بهذه الأمراض ٤٧,٦٣٠ ألف حالة. ويشير هذا الرقم دون شك إلى خطورة هذه المشكلة وأنها تستحق الدراسة بالإضافة إلى أننا نتوقع زيادتها نظراً للتطور الصناعي المتزايد، وما يتبعه من تطور تكنولوجي يتمثل في التعديل المستمر في تصميم الآلات والذي يستلزم توفقاً وتكيفاً جديداً من جانب العامل لمثل هذه الظروف. كما أن عدد العاملين في المجال الصناعي حتى إجراء هذه الدراسة أصبح يفوق في العدد المليون عامل مما يجعل التقدير يختلف ويقترب من الخمسين ألف عامل.

ويجب أن نوجه النظر إلى أن هذا العدد به نسبة من الحالات التي لم يفطن لها الأطباء ـ وهذا أمر لهم عذرهم فيه ـ والتي ترجع لا لأسباب نفسية بل لعوامل خارجية وعضوية ولقد وجدنا في دراستنا نسبة ١٤٪ من الحلات؟(*) ترجع إما لعوامل انفعالية مؤقتة أو لعوامل مهنية فإذا عزلنا هذه النسبة من هذا العدد الإجمالي ٤٧,٦٣٠ ألف حالة فإننا نجد أن عدد المعزولين يصل إلى ٦٦٦٨ حالة وبذلك يكون الباقي ٤٠,٩٦٣ عامل.

مناقشة وتعليق:

(١) نلمس فيما قدمنا من إحصاءات وبيانات أن التقدم التكنولوجي وعمليات التحضر قد لعبت دوراً كبيراً في وجود الاضطرابات إذ وجد أن نسبتها في المجتمع الآخذ بالتصنيع قدر المجتمع الأصلي خمس مرات، كما تأكد أن هذا الانتشار راجع فعلاً لعمليات التقدم التكنولوجي. وتبين أيضاً أن ضغط الدم لدى زنوج أفريقيا والزنوج الذين بالولايات المتحدة ليس راجعاً للسلالة بل للحضارة، وقد أيد كلاً من فيس وانجلش ذلك فذهبا إلى أن ارتفاع الضغط اضطراب مصاحب للحضارة.

ولا يقتصر هذا على ضغط الدم فقط بل نجد أن ٦٥٪ من أمراض الجلد، ناتج عن الروح المعنوية المنخفضة في الصناعة، كذلك الأمر

(*) حيث وصل عدد المعزولين أربع حالات من العدد الكلي تسعة وعشرين.

بالنسبة لأمراض القلب فهو الضريبة التي يدفعها رجال الأعمال في الصناعة.

(٢) نجد كذلك أن هذه الاضطرابات تنتشر بين ذوي المهن والمراكز العليا كأعضاء البرلمان وذوي المسؤولية الكبيرة، وتنخفض بين العمال الزراعيين.

(٣) يشير ما سبق أن ذكرناه أن هذه الاضطرابات لا تقتصر على سن معين بل تنتشر بين الشباب والشيوخ، كما أشارت إحصاءات شركة متروبوليتان من أن فرداً واحداً من كل اثنين ممن تجاوزوا سن الخمسين يموت بسبب ضغط الدم وهذا يساوي ربع من يموتون في هذه السن. ويؤكد البعض (هاليدي) أن هذه الأمراض بين الشباب أكثر من الشيوخ، ومما يؤكد ذلك ما ذكر من أنه كلما كانت ظروف الطفولة عسرة كلما زاد انتشارها في سن الشباب.

(٤) بالنظر للسنوات التي عرضت فيها الإحصاءات السابقة نجد أنها بين عام ١٩٣٣، ١٩٤٨ وهي السنوات التي سبقت وتخللت وتبعت الحرب العالمية الثانية أي كانت الشعوب تسمع أنباء عن قرب اندلاع هذه الحرب فيقع من يقع صريع المرض لمجرد سماع نبأ عن قرب الحرب، ومنهم من تحمل أناه حتى وقعت الحرب فلم يصمد فكان توافقه على نحو اضطراب نفسي، ومنهم من تحمل ويلات الحرب وتراكمت على كاهله شدة الظروف حتى خر في نهايتها صريع الاضطراب السيكوسوماتي. وهذا ما تحمله لنا تلك الإحصاءات التي أشرنا إليها فلقد ازداد انتشار أمراض القلب بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٣٣ وازداد انتشار قرحة المعدة باسكتلندا عام ١٩٣٨ لنفس السبب. كذلك ما وجدناه في الإعفاء من الخدمة العسكرية بسبب القرحة فلقد وصل ٧٥٠ حالة وبلغ ثلاثة أمثال هذا العدد في السنتين الأولتين من اندلاع الحرب إذ بلغ ٢٣٥٧٤ حالة. ويؤكد ذلك ما ذكره وليم ك. منجرمنروليف من أن ٤٩٪ ممن أعفوا من الجيش بسبب اضطرابات نفسية جسمية. كما أن معظم الإحصاءات الباقية تؤكد ذلك وتجملها في ازدياد نسبة الوفيات بتسمم الغدة الدرقية ما بين عامي ١٩٠٠

ـ ١٩٣٦ إلى ٤٠٠٪ بين الذكور، ٢٣٠٪ بين الإناث وعام ١٩٣٦ كان العالم خلاله في حالة حرب، وزيادة حالات الضغط في الولايات المتحدة عام ١٩٤٠ إلى ٣٧,٥٠٠ بينما كانت عام ١٩٢٣، ١٤٠,٠٠٠، كما أن نسبة أمراض القلب بالولايات المتحدة ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨٪ عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧٪ عام ١٩٤٨ أي بزيادة ٤٠٠٪. ونحن لا نستطيع أن ننكر أن الحرب ليست هي العامل الوحيد في هذه الزيادة بل هناك عوامل أخرى سبق أن قدمناها وما الحرب إلا من العوامل المساعدة أو من ظروف الشدة التي أدت إلى زيادة تلك الاضطرابات.

(٥) كذلك نجد أن ما يمر به المجتمع من ظروف شدة كالبطالة يزيد من هذه الاضطرابات ومما يشير إلى ذلك ما حدث في اسكتلندا بين عامي ١٩٣١، ١٩٣٦ حيث بلغت البطالة القمة فزادت القرحة والوهن العصبي والتهاب المعدة.

(٦) ونجد أيضاً في الإحصاءات ما يشير إلى أن المرض السيكوسوماتي يكون مصاحباً لبعض الاضطرابات النفسية ومما يؤكد ذلك ما تبين من أن من بين ٢٦٩ مريض عصابي توجد لدى ٤١,٥٪ منهم شكاوي من أعراض معدية معوية كما يذكر المسؤولون بمستشفيات الأمراض العقلية من أن من ٤٠ ـ ٦٠٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية.

(٧) ما نريد أن نؤكد في كل ما سبق ما يلي:

أولاً: المفقود من الوقت بسبب هذه الأمراض يقدر بعشرات الملايين من الرجال كل عام.

ثانياً: أن هناك قطاعات كبيرة من البشر في أعمار الشباب والشيوخ وفي مهن مختلفة قد فقدوا توافقهم نتيجة لهذه الاضطرابات.

ثالثاً: أنه نتيجة لما جاء في أولاً وثانياً فإن هذه المشكلة جديرة بالبحث والدراسة على المستوى القومي.

الباب الثالث

معالجة نظرية للاضطرابات السيكوسوماتية والمفاهيم المتعلقة بها

الفصل الثامن

(أ) تعريف مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي.

تعليق:

(ب) التعريف الإجرائي للاضطرابات السيكوسوماتية في البحث الحالي....

(جـ) تعريف للمصطلحات التي وردت في تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية....

(د) **تعليق:** على المفهوم يتضمن الجسم نفس في مقابل النفس جسم....

الفصل الثامن

تعريف مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة: انتيهنا من الفصلين السابقين بنتيجة على جانب كبير من الأهمية وهي أن المريض باضطراب سيكوسوماتي إنسان فقد توافقه، ونتيجة لذلك يقدر المفقود من الوقت الضائع بعشرات الملايين من الرجال كل عام. وإذا كانت هذه الدراسة تتصدى لبحث علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني. فإنه من الضروري قبل كل شيء أن نعرف تعريفاً إجرائياً ما هو المقصود بالاضطراب السيكوسوماتي، ونقصد بالتعريف الإجرائي هنا: تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام ما يتبع في ملاحظتها أو قياسها أو تسجيلها، أي تعريفها تعريفاً يستند على وقائع عملية؛ وحقيقي فإننا لن نستطيع التوصل إلى تعريف على هذا النحو قبل أن نستعرض التعريفات المختلفة لهذا المفهوم.

يعرف مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي في الانسكلوبيديا البريطانية بأنه الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمي (٥٨ : ٦١٣). وكما يتبين فإن هذا التعريف يتسم بالإيجاز الشديد لعدم تحديده نوع الاستجابات ونوع الضغوط.

تعريف دونالد ليرد وأثر العقل:

إلا أن دونالد ليرد، واليانور ليرد يذهبان في تعريفهما لهذه الاضطرابات بأنها الجزء الذي يلعبه العقل (النفس) في الوظائف البدنية (الجسمية) خاصة العلل الجسيمة Body ailments، ويزيدان ذلك المفهوم توضيحاً فيقولان إن هذا الميدان ميدان رائع للبحث بواسطة الإخصائيين النفسيين الاكلينيكيين ورجال الطب. وعندما تبدأ التوترات الانفعالية في

العقل فإنها تؤثر في وظائف البدن فالغضب يجعل المعدة دائماً متهيجة flush ويكون ذلك بداية للقرحة، وهكذا فإن بعض العمليات الحيوية تتأثر بالانفعالات، فارتفاع ضغط الدم، وسرعة دقات القلب، وحركات الهضم، وتدفق عصير الهضم، كلها تتأثر بقوة الانفعالات. وعندما تستمر هذه الانفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة، ويضيفان في تعريفها إلى أن البحوث السيكوسوماتية بينت أن الصحة الجسمية تتأثر بالصحة الشخصية، فالعقل يؤثر في البدن أكثر بكثير مما يتأثر بالبدن (٨٥: ٣٣٧).

تعريف الفردمارو لأمـراض الشدة:

أمـا الفـرد مـارو Alfred marrow فيلتقـي مـع ليـرد وليـرد فـي أن الشكاوى التي يذهب من أجلها الناس للطبيب نفسية المنشأ، ويضيف قائلاً بأنه يشار إليها الآن «بأمراض الشدة» وهذا هو ما تشير إليه أيضاً كلمة «جسمي نفسي». ولقد صار من الشائع أن كل مرض له مكون نفسي. ولكن «الجسمي نفسي» ينطبق خاصة على الأمراض التي يكون أصلها في التوتر العصبـي، ومن بين هذه تكون القرح، ضغط الدم، بعض أمراض القلب، الربو، التهاب القولون، مرض البول السكري، لدى الرجال والنساء، وفي هـذه الأمـراض تميـل الحـالـة الجسمية للتـذبـذب مـع الضغـوط فـي الحيـاة الشخصية والمهنية للمريض (٨٧: ٢٢٦). أما جلفورد Guilford فيركز في تعريفه على أعراض المرض فيقول إن الشخص الذي يعاني من اضطرابات جسمية نفسية يكون لديه شكاوى تنفسية وأوعية قلبية، وغالباً ما تكون شديدة ويشكو المريض من قلة الطاقة، ويستخدم أعراضه الجسمية في إراحة نفسه، ويهتم في نفس الوقت بها، ويظهر اهتماماً عاماً بوظائفه البدنية (٧٦: ٤٨).

تعريف علماء الطب النفسي المرتبط بالصراع غير المعروف:

وقـد اختلـف علمـاء الطـب النفسـي فـي تعـريفهـم لـلاضطـرابـات السيكوسوماتية عن التعريفات السابقة لأنهم استعملوا هذا التعبير في أول

الأمر ليدل فقط على تلك الحالات التي فيها يصبح الانفعال الناجم عن صراع غير معروف قد تمركز في عضو ما أو جزء ما من أجزاء الجسم، كان من قبل خاضعاً للسيطرة الإرادية للفرد. مثل هذه الأعراض كان يمكن ملاحظتها والاستدلال عليها، وكان يطلق عليها أسماء مثل «الشلل الهيستيري في الزراع» «فقدان الحساسية» Aresthesia أو «فقدان الصوت»، وكانت كلها تعرف بأنها أمراض «هيستيرية» عندما كان لا يمكن إيجاد أي أسس عضوية للأعراض ولا زال بعض الأطباء حتى الآن يقيدون استعمال «الاستجابة التحويلية» بهذه الشروط القليلة.

تعريف علماء الصحة النفسية المرتبط بالأعراض التحولية:

أما علماء الصحة النفسية فيرون أن كل الاضطرابات الوظيفية لأي عضو من أعضاء الجسم من تلك التي ترتبط بصراع لا شعوري أعراضاً تحويلية، ويمكن الاستدلال عليها في زيادة ضربات القلب، أو الاضطرابات العصبية للمعدة، أو التقلصات أو حالات الإمساك، كما أنها يمكن أن تظهر في شكل شلل وظيفي أو فقدان للصوت. ويستطرد وليم ك مننجر منروليف شرحه لمفهوم الاضطراب السيكوسوماتي والذي أطلق عليها اسم «أعراض التحول» بأنها لا تقل في صدقها عن أعراض الحمى، فالألم لا يوجد إلا في عقل المريض وهو ألم حقيقي ومتاعبنا الجسمانية تبدأ في عقولنا وتنشأ من اللاشعوري.

ومثل هذه التحولات للصراعات النفسية شائعة، كما أن هذه الآلام والأمراض التي تعاني منها المخلوقات البشرية ليست لها أسس عضوية بمعنى أنها لا تأتي من الخارج عن طريق الجراثيم التي تسبب هذه الإصابة الداخلية، بل إن الصراعات التي كان يعاني منها المريض في داخل شخصيته هي التي سببت هذه المتاعب العضوية (٤٦ : ٩٤، ١٨٢).

تعريف بلامتلمان وتأثير الألم:

ويذهب كل من بلامتلمان ولورا مالكنون Bela mitcelman & Laura

malkonon إلى أن المريض باضطراب سيكوسوماتي يشكو من اضطراب في وظيفة عضو من أعضاء البدن، ويؤدي الألم بالوظيفة dysfunction إلى تغيرات فسيولوجية أو بنائية وتحدث الهجمات، عادة، في مواقف الشدة الانفعالية. أي أن المرض الذي ينمو لأول مرة كنتيجة لأسباب عضوية يعود مرة أخرى خلال الاضطراب الانفعالي. ويوضح كل من بلامتلمان ولورا مالكنون كلامهما قائلين: عندما يحدث الاضطراب السيكوسوماتي كاتسجابة لشدة انفعالية، فقد يكون التغير الوظيفي بسبب شدة وامتداد الاضطراب الانفعالي أو بسبب الاستعدادات العضوية أو بسبب كلا الاثنين فإن التغيرات الفسيولوجية تكون أشد وقاسية عما تكون عليه الحالة العادية، وقد يؤدي الألم القاسي بالوظيفة لتغيرات عضوية (٨٨: ٣٥).

تعريف رس ودور البيئة:

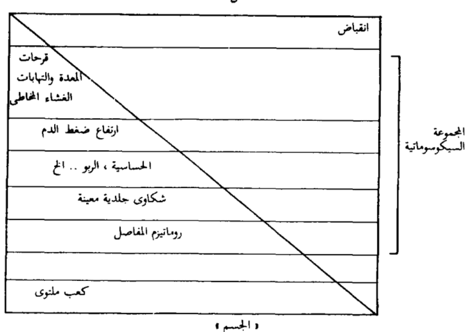
أما برنارد رس Bernard Reiss في تعريفه لمفهوم الأمراض السيكوسوماتية فيضيف على ما سبق أثر البيئة فيقول إن تأثير الفكر التحليلي النفسي كان له اعتباره في العلاقة بين النواحي الفسيولوجية والشخصية واضطراب السلوك. وأضاف إلى أن التميز بين الوظيفي والعضوي والنفسي المنشأ والجسمي المنشأ لا بد أن يوضح في ضوء التطور الحديث، وعندما أشار لدور البيئة نسب ذلك لعلماء الأمراض النفسية بقوله: أن التأكيد السائد في مجال علم النفس المرضي يعطي أهمية أكبر للبيئة في تسبيب الاضطراب، والقلق والصراع الانفعالي. ورغماً من أسباب العرض أو المرض، فإن الاضطراب يوضح نفسه بالفعل في البدن. وقد تكون القرحات المعدية معوية عرضاً أو نتيجة لحب أم محبط، وقد ينبه الشلل الهيستيري بخوف جنسي. وفي كل الحالات، مهما يكن، فإن شيئاً ما في الكائن يترجم الشدة الخارجية إلى عرض مضطرب. ويتساءل برنارد رس عن ما هو الميكانيزم الفسيولوجي المسؤول عن وجود العرض في الجسم؟ ويقول إن الإجابة على هذا السؤال بالتأكيد تتضمن بحثاً نفسياً جسمياً دقيقاً لأنه سيؤدي إلى وجود الحلقة المفقودة بين المكونات الجسمية والنفسية

للمرض. ولتأكيد أهمية ذلك العامل المتداخل يكون بالنظر للمسببات الاجتماعية للاضطراب العقلي والذي يعبر ببساطة عن الحاجة لتكملة الصورة. ثم ينهي برنارد رس كلامه قائلاً: إن القول بمرض «سيكوسوماتي» مقدمة لتوحيد المفاهيم، لكن ما زال الميكانيز الجسمي الذي يعبر السبب النفسي عن نفسه فيه غير معروف (٩٦: ٤٤٠).

تعريف ستافورد كلارك الخاص بالاعتماد المتبادل بين الانفعال والبدن:

أما ستافورد كلارك Stafford clark فيؤكد في تعريفه على ما لم يلفت نظر السابقين، وهو العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم، فيقول إن دراسة التغيرات الجسمية الناشئة عن حالات انفعالية تناولها كثير من الباحثين، وبني على نتائج أبحاثهم جزء من المعرفة درج على أن يشار إليه في الوقت الحاضر بالطب السيكوسوماتي، حيث يكون الاعتماد المتبادل بين الانفعال وتغير البدن قد برهن عليه تجريبياً. ولا يقتصر كلارك على ذلك في توضيحه لمفهوم السيكوسوماتيك بل يذكر أن الرسم يساعد على توضيح هذه النقطة فلن نستطيع أن نصور الجوانب العقلية والجسمية لحياة البشر كناحيتين لوحدة واحدة، بل نرسمهما على شكل مثلثين ينضمان معاً ليكونان مستطيلاً واحداً. ويعتبر خط الزاوية وسط المستطيل تقسيماً تعسفياً نقياً بين الاثنين والذي يتصف أيضاً بالتعقد. وأن أي مرض نستطيع وضعه عند نقطة ما على هذا الرسم التعسفي، إذ أن خط الزاوية سوف يضعه على وجه التقريب في الأقسام التي تتضمنها الناحيتين. فإذا أخذنا كمثال الرجل المكسورة أو الكعب الملتوي فهي بلية جسمية في معظم الأحيان، وذات أعراض جسمية ولكن من المحتمل أن يكون لها جانباً انفعالياً مثل الضيق والقلق الناتج عن الألم وعدم الراحة. وفي هذه الحالة فإن الأعراض يشار إليها بنقاء للجرح الأصلي (الرجل المكسور أو الكعب الملتوي) لكن رغماً من ذلك فإننا قد نسقط على الأرض لأننا حذرين وقلقين وغير صبورين. إلا أن مضمون الانتقال من هذه الحالة صغير لدرجة أن معظم الناس يعتبرونه محتمل الوقوع. وعند النهاية الأخرى للمتسطيل نستطيع وضع





(٥ ـــ « عن ستافورد كلارك ص ٢٣٥ » رسم يوضح العلاقة بين النفس والجسم حسب تعريف كلارك)

الانقباض الشديد، وهنا فإن عنصر الانفعال هو الجزء الواضح الملفت للنظر. لكن التغيرات الجسمية تمثل جزئياً بأعراض مثل سوء الهضم وفقد الشهية والوزن. ومجموعة الأمراض التي سميت الأمراض السيكوسوماتية ممكن الآن أن ترى وتكون ببساطة تلك الأمراض التي تقع في مكان ما في منتصف المستطيل وتشمل حالات قرح المعدة والاثني عشر، وأشكال مختلفة من التهاب الغشاء المخاطي وحالات عدة من ارتفاع ضغط الدم، وبعض أشكال تعب القلب كمرض الذبحة الخانقة (الذباح) angine، وكبعض حالات توعك المزاج المختلفة كأمراض الجلد وشكاوى الحساسية كالربو، وحمى الخريف والصداع النصفي وروماتيز المفاصل. ويستطرد ستافورد كلارك في توضيحه لمفهوم السيكوسوماتيك بقوله أن اختلاف هذه الأمراض في الجسم ليس حقيقة كما يبدو. فكلا من مرضى الذبحة الخانقة والصداع النصفي على سبيل المثال تعتمد في ظهورها على تغيرات في تدفق الدم خلال عمل الشرايين لإمداد القلب وأجزاء معينة من المخ. وزيادة على

ذلك فإن هذه الشكاوى تظهر بمساعدة الجهاز العصبي اللاإرادي، لكن العامل الذي تشترك فيه هو الجزء الأكبر الذي يلعبه الضغط الانفعالي باستمرار. ويختتم كلارك كلامه بأن الصفة سيكوسوماتيك تشير إلى طريقة من وجهة النظر التي تعتمد على تقبل العلاقة بين العقل والبدن وكل ما تتضمنه هذه العلاقة من معنى (٦٤ : ٢٣٤).

تعريف أيزنك الخاص بالأحداث السيكولوجية: أما أيزنك فيركز في تعريفه على قيمة الأحداث السيكولوجية فيقول أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي تلك الاضطرابات البدنية أو الجسمية المعينة والتي قد تكون مسببة بأحداث سيكولوجية كانفعالات قوية. ويقول بأن الإصرار على العلاقة الوطيدة بين البدن والعقل وهذا التضافر بينهما ينظر إليه على أنه اتجاه حديث، ولفرويد والمحللين النفسيين الفضل في اكتشاف ذلك (٧١ : ٧١).

تعريف هنرث: يذكر الدكتور عمر شاهين بأن استخدام تعبير «نفسي جسمي» بدأ مع «هنرث» عام ١٨١٨ عندما كان يتحدث عن الأسباب «النفس جسمي» لحالة الأرق ومنذ ذلك الحين استخدم هذا التعبير على نطاق واسع. وكان الغرض من استخدامه هو تأكيد دور العوامل النفسية في ميدان الطب العضوي. وفي هذه الآونة كانت كلمة «نفسجسمية» تطلق أيضاً على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي لها مظاهر عضوية مثل حالات الهستيريا.

وقد تنبه المجمع الأمريكي للطب النفسي عام ١٩٥٢ إلى ما يحويه هذا التعبير من غموض وإلى عدم الوحدة في نوع المرض الذي يقصد به، الأمر الذي دفع المجمع المذكور إلى استخدام تعبير «نفس فسيولوجي» عندما يكون المقصود الاضطرابات الجسمية الناشئة عن أسباب نفسية، وبهذا أخرج الأعراض الهيسترية من الحساب (٢٠ : ٢).

تعريف لاجاسر: ولقد جاء تعريف لاجاسر ليؤكد التكامل النفسي الجسمي الاجتماعي، فيذكر الدكتور عبد المنعم المليجي تعريف لاجاسر

للسيكوسوماتيك بأنه: هو ذلك الفرع من الطب الذي يتخذ موضوعه الميكانيزمات النفسية والفسيولوجية المتضمنة في العمليات المرضية لدى الفرد، مع تأكيد أثر كل من العاملين على الفرد باعتباره وحدة متكاملة أي كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية تتفاعل فيه هذه الجوانب الثلاث معاً لتولد السلوك والتفكير والإدراك في الصحة والمرض على السواء(١٨ : ١).

تعريف انستازي وفوللي الخاص بتأثير النواحي النفسية: أما كل من انتسازي وفوللي فيحددان في تعريفهما دور العوامل السيكولوجية كعامل مساعد فيقولان: بأن هناك عدداً من الحالات كالربو والألليرجيا الجلدية وقرح المعدة جذبت الانتباه في السنين الأخيرة بسبب أصولها «السيكوسوماتية» وهذا يعني ببساطة أن العوامل السيكولوجية قد تخدم كمساعد، وحتى في بعض الحالات تحدد ظروف نمو وظهور تلك الاضطرابات البدنية. ولا يقتصران في تعريفهما لمفهوم السيكوسوماتيك على النحو السابق فقط بل يضيفان بأنه ظهرت عدة أوصاف عما يسمى: نموذج شخصية المريض بالقرحة، رغماً من أن معظم هذه الأوصاف اعتمدت على الانطباعات العامة للإكلينيكين، أكثر من الملاحظات المضبوطة، كما يحددان أيهما الأسبق النفس أم الجسم فيقولان: في هذه الحالة ينظر للحالة النفسية منطقياً على أنها السابقة Antecendant والاضطرابات الفسيولوجية على أنها نتيجة لها أو لاحقة لها Consequent وأحد الأمثلة الواضحة لذلك يوجد في الهضم والدورة الدموية لهذه الأوجاع الفسيولوجية التي قد تؤدي إلى تمزق disruption كما في قرحة المعدة (٥٤ : ٣٩٧، ٤١٣). ويعرف كل من فيس وانجلش Weiss & English السيكوسوماتيك بأنه مفهوم جديد نسبياً، ولا يعني دراسة الجسم دراسة أقل، بل يعني دراسة النفس دراسة أكثر، أنه يؤكد المبدأ القديم الذي يقول بأن الجسم والعقل واحد، ويتفاعلان (١٠٤ : ٣٥).

تعريف اندرسون وتريثون والعامل الانفعالي المهيء: ويلتقي تعريف

مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي في المؤتمر الطبي البريطاني عام ١٩٤١ مع تعلايف كلارك أي بأنه عبارة عن دراسة العلاقة بين النواحي الجسمية والنفسية لكل الوظائف السوية واللاسوية، وهكذا يتكامل العلاج الجسمي والعلاج النفسي. أما أندرسون وتريثون Anderron & Trethowon فيذهبان إلى أنه يوجد في السنين الحالية تغير هام في تأكيد الفروق السيكوسوماتية المختلفة وأن أحد الخصائص الأساسية للاضطراب السيكوسوماتي هو أن الاضطراب الانفعالي غالباً ما يكون عاملاً مهيئاً مهماً كان صعباً في التميز بين السبب والنتيجة. فعلى سبيل المثال فإن عدداً من مرضى روماتيزم المفاصل يمرض بحالة اكتئاب باستمرار قبل أن يحدث مرض المفاصل، ولا يستطيع أحد أن يفترض بأمان بأنه بسبب أن المريض كان مكتئباً فإن الحالة الجسمية تظهر، فالاكتئاب من المحتمل أن يكون رد فعل لنفس العملية التي تظهر الأوجه الأخرى للمرض (٥٥: ٢٠٢).

ويلتقي تعريف قاموس علم النفس لمفهوم السيكوسوماتيك مع تعريف المؤتمر الطبي البريطاني عام ١٩٤١ بأنه هو العلاقة بين الظاهرة النفسية السوية أو اللاسوية أو المرضية والظروف الجسمية أو البدنية (٦٩: ٢٣٠).

تعريف لاجاش وتأثير العاملين الانفعالي والبدني: أما دانييل لاجاش فيذكر عن أوزلر تعريفاً لمفهوم السيكوسوماتيك يلتقي مع بعض التعاريف السابقة في بعض النواحي فيذهب إلى أنه عبارة عن الحيل الانفعالية والحيل الفسيولوجية جميعاً المتضمنة في العمليات المرضية للفرد وذلك بتركيز الاهتمام على تأثير هذين العاملين أحدهما على الآخر وعلى الفرد الذي ينظر إليه باعتباره كلا. ويذكر لاجاش أن من الأخطاء الشائعة عند العامة تصور أن البحث في هذا الموضوع متجه على نحو تعسفي إلى تغيرات نفسية خالصة ويرجع هذا الخطأ إلى سببين رئيسيين ينحصر السبب الأول في التصور الذهني للوقائع والفروض وصياغتها تلك الصياغة التي عانت من التفرقة بين الجسمي والنفسي. ويعتقد الكثيرون أن تقديم تفسير ليس تشريحاً فسيولوجياً خالصاً معناه اختيار عليه نفسية، والسبب الثاني للخطأ

هو أن استخدام الفروض والطرق الفنية للتحليل النفسي بعث على القيام بمحاولات ـ وبالتالي أدى لأخطاء ـ في اتجاهات شتى ولا سيما في اتجاه «العلية النفسية»، ولكن هذا الاتجاه ليس هو الاتجاه الأوحد إذ نجد أحياناً ما يدعو إلى أن يعاب على فرويد نفسه إسرافه في الأخذ بالمذهب العضوي والأقرب إلى الصحة أن يتصور تطور التحليل النفسي بوصفه عملية ديالكتيتية (عملية تخصيب متبادل) بين «النظرة البيولوجية» و «النظرة الثقافية» أي بين النضوج والتعلم. وبوجه عام تشترك الانتقادات الموجهة ضد التحليل النفسي في أنها نتيجة نمو صورة منه جامدة تخطيطية متبلورة. والواقع أن التحليل النفسي شأنه في ذلك شأن العلوم البيولوجية والنفسية الأخرى لاقى عناء في التحرر من ثنائية المادي والمعنوي ومع ذلك فهو يعتبر أكثر من أي علم آخر ـ منذ عهوده الأولى ـ تقدماً في سبيل النظر إلى الكائن الحي في مجموعه بإزاء مواقف معينة.

وفي هذه النظرة نجد أن التمييز بين الاصطلاحين «الكائن الحي» و «الشخصية» تمييز لفظي فقط: فليس ثمة كائن حي لا يسلك بإزاء مواقف، وليس ثمة شخصية بلا جسم، وتؤدي محاولات التوافق التي يبذلها الكائن الحي إلى تنشيط حيل «خارجية التأثير» هي التنظيمات الفسيولوجية وحيل «خارجية التأثير» هي العمليات السلوكية، وكلتا الطائفتين من الاستجابات متصلتان ومتكاملتان وتكونان كلاً واحداً (٨: ١٤١).

تعريف كوڤيل وزملائه وتكامل الوظائف: ويذكر كوڤيل وتيموثي، وكوستيلو، ودوك في تعريفهم لأصل كلمة سيكوسوماتيك فيقولون إن من الإضافات الهامة في علم نفس الشواذ والتي تمت خلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر بفضل دراسات جانيه وفرويد اكتشاف أن بعض الاضطرابات الجسمية ترجع في أصلها إلى أسباب سيكولوجية بحته. وهذه هي فئة الاضطرابات التي يطلق عليها اسم: سيكوسوماتية، وترجمة هذه الكلمة في أصلها إلى كلمتين يونانيتين: سيكو Psycho بمعنى الروح أو

العقل، وكلمة سوما Soma بمعنى الجسم ويشير هذا الربط فيما بينهما إلى أن وظائف الإنسان كل متكامل تتدخل فيه الوظائف السيكولوجية والفسيولوجية باستمرار وتعتمد كل منهما على الأخرى، وقد أصبح هذا الاتجاه الآن مقبولاً عالمياً في ميدان علم النفس والطب النفسي، ويحدث الاضطراب السيكوسوماتي نتيجة اختلال شديد في «توازن هو ميوستازي» ضعيف جاء نتيجة ضغط سيكولوجي، وتشمل هذه الحالة أي جزء من الجهاز العضوي (٤٨ : ١٣٥).

تعريف لورنس شافر والعلاقات المتبادلة: أما لورنس شافر فيؤكد في تعريفه نقص معرفتنا بهذه الاضطرابات قائلاً: بأنه في السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بالعلاقات المتبادلة بين الأمراض العضوية والصراعات، وقد أطلق على بعض الاضطرابات العضوية في عملياتها المرضية، ولكن النفسية في منشئها اسم «الأمراض البدنية النفسية». وهذه تشمل بعض حالات قرحة المعدة والتهاب القولون والارتفاع الأساسي لضغط الدم والأرتكاريا وبعض الأوجاع الاستهدافية المرضية، ولا تزال معرفتنا بهذه الاضطرابات ناقصة فإن بعض حالات قرحة المعدة مثلاً يمكن تعليلها فسيولوجياً ولكن بعض الحالات الأخرى تكون أقرب منها لوجهة النظر النفسية، وكثيراً ما يكون من العسير تقدير الأثر النسبي لكلا العاملين لدى بعض المرضى. فقرحة المعدة من الوجهة الفسيولوجية تنشأ من أذى يصيب أنسجة المعدة من العصارات الواضحة الحمضية وقصور هذه الأنسجة عن أن تلقى الحماية المناسبة من الغطاء المخاطي السوي، وفي بعض الحالات وليس في كلها تكون قرحة المعدة مصحوبة بتوتر وصراع لم يحل، ويستطرد شافر قائلاً بأن دراسة الاضطرابات البدنية النفسية تؤدي إلى نظرة أكثر سعة بصدد العلاقة بين الصحة البدنية والعقلية، فالقلق والصراع لهما كثير من الآثار المضاعفة على عدد كبير من الأمراض البدنية (٢٩ : ٣٩٢).

تعريف انكسلوبيديا علم النفس: لا يفوتنا ونحن نتكلم عن تعريفات مفهوم السيكوسوماتيك أن نذكر ذلك التعريف الذي ورد في انسكلوبيديا

علم النفس حيث يعرف هذا الاصطلاح بأنه سواء في المظاهر الملاحظة أو في بناء الدوافع للوظائف الصحية والمرضية ممكن أن نجد علاقة بين «الظاهرة المرضية» مثل الاستجابة للخوف أو للغضب من ناحية، وبين التغيرات البنائية أو الوظيفية مثل سرعة دقات القلب وقرحة المعدة وإصابة المخ من ناحية أخرى (٨١: ٦٧٨).

تعريف فلويد رس والانفعالات المؤقتة والمستمرة: أما فلويد رس فيفرق في تعريفه بين أثر الانفعالات المؤقتة والمستمرة فيقول: أن «الاضطرابات السيكوسوماتية» تكون ناتجة عن التوترات الانفعالية المحظورة، فمن المعروف أن الإنسان يصارع في الحياة من أجل البقاء، وأن التغيرات الفسيولوجية التي تظهر في حالة الانفعال تنتهي بعد زوال الموقف. لكن في بعض الأحيان فإن المواقف المنتجة للانفعال تستمر ولا تذهب بسهولة، في مثل هذه المواقف قد يحتفظ الفرد بمستوى متطرف من النشاط الفسيولوجي إذا استمر لفترة طويلة من الزمن فقد يحدث تلف في الأنسجة، وأن استخدام اصطلاح الاضطراب السيكوسوماتي ليشير إلى كل من الأعراض مثل النبض السريع، وضغط الدم المرتفع المتضمن في الاستجابة الدائمة للطوارىء وإلى تلف الأنسجة الحالي الذي نتج مثل قرحة المعدة (٧٢: ٤٣٦).

رأي فرانز الكسندر: وإن خير ما نختتم به هذه التعريفات جميعاً هو رأي فرانز الكسندر وهو يمثل مدرسة معهد شيكاغو للتحليل النفسي كما أن له باع طويل وفضل في نمو وتطور المفاهيم والبحوث السيكوسوماتية فيبدأ بتوضيح مفهوم الجسم نفس مستشهداً بكلام المشرفين على مجلة الطب الجسمي نفس في المجلد الأول، العدد الأول، عام ١٩٣٩، فيقولون «هناك تأكيد بعدم وجود تمييز منطقي بين النفس والجسم، أو النفسي والجسمي. ويفترض أن نواحي التعقد الفسيولوجي العصبي neurophusiology للمزاج والذهن يختلف من جسم لآخر في درجة التعقد وليس في النوع. ومن ثم فإن تقسيم الأجهزة الطبية: لفسيولوجي،

وعصبي، وطبي، وسيكاتري، وعلم نفس، قد يكون مريحاً في التطبيق الأكاديمي، لكن بيولوجياً ونفسياً فإن هذه التقسيمات لا صحة لها. ومن المسلم به جدلاً أن ظاهرة الجسم والنفس تأخذ مكاناً في نفس النظام البيولوجي ومن المحتمل أن تشكل ناحيتين لعملية واحدة، وهو أن الظاهرة السيكولوجية يجب أن تدرس مسبباتها السيكولوجية بالطرق السيكولوجية الذاتية، والظاهرة الفسيولوجية يجب أن تدرس مسبباتها الجسمية بالطرق الفيزيقية والكيمائية» (٥٦ : ٢٧٢).

تعليق:

نلمح في التعريفات السابقة الخصائص الآتية:

(١) أن هناك تعريفات تركز على أن المرض استجابة لمثيرات هي الضغوط الانفعالية.

(٢) بعض التعريفات اقتصرت على توضيح الأعراض المصاحبة للاضطراب.

(٣) أن تعريفات أخرى ركزت على أثر الانفعالات كنتاج لصراعات غير معروفة «علماء الطب النفسي».

(٤) بعض العلماء أطلقوا على هذه المجموعة من الأمراض «أمراض الشدة».

(٥) بعض علماء الصحة النفسية أطلقوا على هذه المجموعة من الأمراض «أعراض التحول» والتقوا مع علماء الطب النفسي في أن هذه الأعراض ترتبط بدافع لا شعوري.

(٦) أن هناك تعريفات تركز على الميكانيزم الفسيولوجي الذي يعبر السبب النفسي عن نفسه فيه، ونعتقد أن هذا الميكانيزم هو «العامل التكويني».

(٧) أن هناك بعض التعريفات التي تركز على الاعتماد المتبادل بين الانفعال والبدن.

(٨) أن هذه التعريفات جميعاً تلتقي معاً في نقطة وهي تأكيدها لأثر النفس في الجسم بالدرجة الأولى.

(٩) تشير التعاريف السابقة جميعاً إلى أن العوامل الانفعالية المستمرة تؤدي إلى تغيرات بنائية في الجسم.

«التعريف الإجرائي للاضطرابات السيكوسوماتية في البحث الحالي»:

على امتداد الصفحات السابقة لهذا الفصل عرضنا أهم تعريفات الاضطراب السيكوسوماتي بهدف الخروج منها بأهم الأبعاد التي يتميز بها تعريف الاضطراب السيكوسوماتي لنستطيع تقديم تعريف يرتكز على هذه الأبعاد من ناحية ويتمشى مع هذه الدراسة وإمكانيات التشخيص لهذه الاضطرابات في البيئة المحلية من ناحية أخرى. وقد وجدنا أن هذه الأبعاد هي:

(١) وجود اضطراب في حياة الإنسان.
(٢) تأثير النفس في الجسم.
(٣) استمرار التأثير لمدة طويلة.
(٤) حدوث تغير في بناء الجسم (أحد أعضائه).

وانطلاقاً من هذه الأبعاد استخلصنا التعريف الإجرائي التالي:

«الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي».

ولقد قلنا في بداية هذا الفصل أننا نهدف إلى التوصل لتعريف إجرائي، وما نقصده بالتعريف الإجرائي هنا يكون باستخدام الوقائع التي تتبع في ملاحظة الاضطرابات السيكوسوماتية وقياسها وتسجيلها. وأنه لمما لا شك فيه أن المحك على ذلك هو أيضاً الوقائع التي ذكرها الأطباء النفسيون وعلماء النفس في تعريفاتهم للاضطرابات السيكوسوماتية تلك الوقائع الناتجة عن مشاهداتهم لحالات كثير من المرضى أثناء العلاج واستخدامهم وسائل القياس المختلفة لتشخيص هذه الاضطرابات.

ولو تناولنا التعريف السابق طرحه من خلال التعريفات السابقة لوجدناه يلتقي معها إلى حد كبير وفيما يلي ما يشير إلى ذلك:

(١) يؤكد التعريف على أثر العوامل الانفعالية في النواحي الجسمية ولقد لمحنا هذا التأكيد في معظم التعاريف السابقة منها على سبيل المثال تعريف «دونالد ليرد»، «واليانور ليرد» حيث ذكرا أن البحوث السيكوسوماتية بينت أن الصحة الجسمية تتأثر بالصحة الشخصية، فالعقل يؤثر في البدن أكثر بكثير مما يؤثر البدن في العقل، كما أن «الفرد مارو» يقول: إن الشكاوى البدنية التي يذهب من أجلها الناس للأطباء نفسية المنشأ.

(٢) أطلقنا على هذه الاضطرابات: الاضطرابات الجسمية وهي نفس الاسم الذي ذكر في تعريف «الانسكلوبيديا البريطانية» حيث عرفت الاضطراب السيكوسوماتية بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسمي.

(٣) وصفنا هذه الاضطرابات بأنها مألوفة للأطباء لأن الكثير من الكتب والمراجع أطلقت عليهم نفس الوصف ونذكر ما قاله كمب ١٩٦٣ Kemp: إن الأطباء العموميين يشكون من أن هناك مرضى يشتيرونهم باستمرار ويسمونهم «حالات الملف السميك» Thick File لكثرة ما به من

وصفات للتشخيص والعلاج، كما يسمونهم بحالات أعرض «الوجه المألوف» Familiar Face.

(٤) أن ما أشرنا إليه من أن هذه الاضطرابات: يحدث بها تلف في بناء جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نابع مما ذكره السابقون في تعريفاتهم أمثال: «بلامتلمان» «ولورا مالكنسون» إلى أن المريض باضطراب سيكوسوماتي يشكو من اضطراب في وظيفة عضو من أعضاء البدن ويؤدي الألم بالوظيفة إلى تغيرات فسيولوجية أو بنائية. كما يقول «دونالد ليرد»، «واليانور ليرد» بأنه عندما تستمر الانفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة، وتؤكد «انستازي»، « وفولي» هذه الحقيقة بقولهما: إنه من المعقول افتراض أن التنبيه المتواصل لهذه الأوجاع الفسيولوجية يؤدي إلى تمزق كما في قرحة المعدة. كذلك يقول «فلويدرس»: إذا استمرت المواقف المنتجة للانفعال فترة طويلة من الزمن فقد يحدث تلف في الأنسجة.

(٥) يتأيد ما ذكرناه في التعريف من أن هذه الاضطرابات: لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً، بقول راجح في تعريفه لهذه الاضطرابات بأنها: الأمراض الجسمية المزمنة المستعصية على الشفاء والتي لا ترجع إلى الأسباب العضوية.

وإلى جانب ما سبق نلمح في تعريفنا ثلاثة وقائع تتفق ومواصفات التعريف الإجرائي وهذه الوقائع هي:

(١) أن المرضى بهذه الاضطرابات معروفون ومألوفون للأطباء (الملاحظة).

(٢) وجود تلف Damage في بناء الجسم تؤكده الأشعات أو التحاليل أو الرسوم والاختبارات الطبية المختلفة (القياس).

(٣) فشل العلاج الجسمي الطويل في شفاء الاضطراب.

وهكذا استطعنا استخلاص تعريف دقيق واضح مبسط للاضطرابات السيكوسوماتي يستطيع الأطباء المتخصصون الاعتماد عليه في تحديدهم لحالات الاضطراب السيكوسوماتي بهذه الدراسة، وما نقصده بذلك هو التأكد من توفر وجود الوقائع الثلاث السابقة في كل حالة. وهي وقائع موجودة بالتعريف وبذلك نكون قد تأكدنا من وجود الاضطراب الجسمي بالمعنى المطروح في التعريف، وأما ما يتعلق بوجود اضطرابات انفعالية فيقع على عاتق وسائل القياس النفسي كشفها والتي سيأتي ذكرها في حينه.

تعريف المصطلحات التي وردت في تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

(١) بناء: Structure وهو ما عنيناه في التعريف بتلف في عضو من أعضاء الجسم ونقصد بذلك أن يكون هذا التلف في بناء العضو، ونقصد بالبناء نسبة إلى الخلايا والأنسجة والأعضاء التي في جسم الكائن الحي.

(٢) عضو: organ وهو ما قصدنا به في التعريف عضو من أعضاء الجسم وهو تكملة للجزء السابق، ونعني به تركيب العضو أو بما يفرزه من مواد كيمائية. والمرض العضوي هو الناشىء عن إصابة العضو إصابة تشريحية أو بنائية كالتهاب أغشية الدماغ مثلاً.

(٣) وظيفي: Function خاص بما يؤديه العضو أو الجهاز من عمل لا ببنائه وتركيبه. والمرض الوظيفي هو اختلال الوظيفة دون ظهور إصابة تشريحية أو نسيجية في العضو كالشلل وفقدان الحس في الهستيريا.

الجسم نفس في مقابل النفس جسم:

وقبل أن ننتقل للفصل التالي نؤكد أن الجسم يؤثر في النفس كما تؤثر النفس في الجسم. وينشأ عن ذلك التأثير الأخير ما نسميه «بالاضطرابات السيكوسوماتية» والذي قمنا بتقديم تعريف وافٍ لها. والسؤال هو ما الذي ينشأ من تأثير الجسم في النفس؟. ينشأ نتيجة لذلك عصاب جسمي المنشأ أو عضوي المنشأ وهو الذي نسميه Actual neurosis أي عصاب مسبب عن عوامل جسمية راهنة لا عن كبت الانفعالات في الطفولة.

وهذه العوامل الجسمية الراهنة هي في العادة الإفراط الجنسي وخاصة الاستمناء. وتعتبر مدرسة التحليل النفسي عصاب القلق والهجاس (اعتقاد الشخص خطأ أنه مريض) من العصابات العضوية. لكن يجب أن نلاحظ أن التمييز بين العصاب النفسي المنشأ والعصاب العضوي المنشأ لا يزال موضع نقاش بين العلماء (٣٢: ٢٨).

الفصل التاسع

التجارب والدراسات عن أثر شدة الانفعال في الجسم

(أ) الدراسات والتجارب على الحيوان.

تعليق:

(ب) الدراسات والتجارب على الإنسان.

تعليق:

(جـ) نظرية جيمس لانج عن الانفعال.

اتفقت التعريفات التي قدمت في الفصل السابق عن مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي على أثر العوامل الانفعالية في الجسم بالدرجة الأولى، وبصورة أكثر مما يؤثر الجسم في النفس، وقد أكد تعريفنا هذه الحقيقة. ولقد ذكرنا أن التعريف الإجرائي يعتمد على وقائع تتمثل في الملاحظة والقياس والتسجيل، فكيف تأتي لهؤلاء العلماء والباحثين تعريف تلك الاضطرابات؟، أو بمعنى أصح ما هي الوقائع التي اعتمدوا عليها في تعريفاتهم؟. يتصدى هذا الفصل للكشف عن الإجابة على هذا السؤال مستعرضاً أهم التجارب والبحوث التي أكدت أثر العوامل الانفعالية في النواحي الجسمية وينقسم هذا الفصل لجزئين، الأول: الدراسات والتجارب التي أجريت على الحيوان، والثاني: الدراسات والتجارب التي أجريت على الإنسان. كما سنعقب في نهايته بوجهة النظر الأخرى والتي تقول بأن المواقف (الشدة) أول ما تؤثر في الجسم ويأتي الانفعال في نهاية الأمر.

(أ) الدراسات والتجارب على الحيوان

بعد نشر كتاب داروين عن «أصل الأنواع» في عام ١٨٥٩ أثارت فكرة اتصال الحياة العقلية بين جميع الكائنات الحية اهتماماً جديداً شاملاً بحياة الحيوان العقلية والسلوكية. ورغماً من أن داروين ذهب إلى أن جميع الكائنات الحية تبعاً لنظريته تنظمها سلسلة نشوئية طبيعية من الأنواع؛ وتبدأ سلسلة الاتصال العلمي من أبسط الحيوانات وتنتهي عند الإنسان أعلى

الأنواع وأكثرها تعقيداً، وليس هذا الاتصال تركيبـي فقط ولكنه وظيفي وعقلي أيضاً. إلا أن نظريته لاقت هجوماً على يد الكثيرين منهم مورجان Morgan الذي وضع قانوناً في كتابه «علم النفس المقارن» عام ١٨٩٤ ينص على «لا ينبغي في أي حال أن نفسر عملاً بأنه صادر عن قوة نفسية عالية ما دام يمكن تفسيره بأنه صادر عن قوة نفسية تكون أدنى في سلم التدرج النفسي»، وقد صادف هذا القانون فيما بعد قبولاً عاماً وكان له أكبر الأثر في إحلال التفسير الصحيح لسلوك الحيوان محل نزعة التشبيه بالإنسان (٤٩ : ٣٢). ويتفق ماسلو مع مورجان في قوله: «من الحقائق الأولية الثابتة أن الفأر الأبيض ليس كائناً بشرياً، ولكنه لسوء الحظ أن نتائج التجارب التي عملت على الحيوان تُعتبر الأساس الذي نعتمد عليه في تأسيس نظريتنا عن طبيعة الإنسان، فبالتأكيد تلك النتائج ذات فائدة كبيرة، لكنه ينبغي أن نستخدمها بحذر وبتعقل» (٨١: ٦٧٨) مجمل ما سبق أننا فيما سنعرضه من تجارب على الحيوان لتأكيد مفهوم «السيكوسوماتيك» يجب أن نكون حذرين ومحترسين أشد الحرص في تعميم تلك النتائج على الإنسان.

(١) تجربة هـ. س. ليدل على أثر المترونوم كعامل مشتت في اضطراب وظائف جسم الشاة: وضع «دكتور ليدل» شاةً في معمله واستخدم المترونوم (الرقاص الموسيقى) Metronome كعامل مشتت، وكانت سرعته العادية خمسين ضربة في الدقيقة ويزداد إلى ١٢٠ ضربة وقت الغذاء، لدرجة أن الشاة كانت تقوم بفتح الصندوق المغلق الخاص بالغذاء عند سماع الضربات الأسرع (ويشابه ذلك كثير من تجارب الأفعال المنعكسة). وقد أجرى «ليدل» تعديلات على السرعة العادية للمترونوم بزيادة المعدل العادي من ٨٠ إلى ١٠٠ ضربة في الدقيقة. ولم تستطع الشاة الهزيلة التمييز بين ذلك المعدل الأخير وبين المعدل السابق ١٢٠ ومن ثم لم يكن ممكناً بالنسبة لها تحديد الوقت الذي تأكل فيه، فوقعت الشاة في حالة عصبية وزادت ضربات قلبها بسرعة دون انتظام، كما اضطربت وظائف الجسم الأخرى (٦٨ : ١٢٠، ٢٠٩، ٢٥٤).

(٢) تجربة «برادي»، «وبورتر»، « وكونراد»، «وماسون» عن السلوك المجتنب وظهور قرحة الاثني عشر لدى القردة: أوضحت الملاحظات المعملية لهؤلاء الباحثين ظهور الجروح المعدية معوية لدى خمسة عشر قرداً حبسوا عن الحركة في كراس، وأخضعوا لتعديلات سلوكية وتجارب تتضمن التنبيه الذاتي داخل المخ. وركزت الدراسات السلوكية على الإجراءات الخاصة بالتشريط الانفعالي لنموذج «الخوف» أو «القلق»، وعلى تجنب الصدمات الكهربائية المؤذية للقدم. وتضمنت تجارب التنبيه الذاتي داخل المخ غرس أقطاب مختلفة. ولقد اختلف البرنامج بالنسبة لكل حيوان في هذه الدراسة المبدئية، وأخضع الكل لدراسة تجريبية لمدة من ٢ ـ ٨ أسابيع، كما حُبست خمس حيوانات ضابطة عن الحركة في كراس لفترات متساوية، فلم تظهر لديها أعراض معدية معوية. وتهدف هذه التجربة إلى توضيح تأثير العوامل السلوكية النوعية في تسبيب تلك الحالة المرضية. ولتحقيق ذلك تم حبس ثمان قرود عن الحركة في كراس وقسموا لأربع أزواج، كما قسمت الظروف التي وضعوا فيها. حيث تلقى كل زوجين من القردة صدمات كهربائية قصيرة في القدم كل ٢٠ ثانية إلا إذا ضغط الحيوان التجريبي على زراع الكرسي مما يؤدي إلى تأخير الصدمة ٢٠ ثانية أخرى بالنسبة لكلا الحيوانين. أما إذا لم يتم تحريك الزراع بواسطة الحيوان الضابط فإن ذلك يؤدي إلى حدوث عدد متساوي من الصدمات لكلا الحيوانين (صدمة جسمية)، كما تؤدي في نفس الوقت إلى تجنب الملامسة بالنسبة للحيوان التجريبي فقط. وعملت جلسات مدتها ست ساعات لكل زوج من القردة، تضمنت الإجراءات السابقة، تلتها راحة من الصدمات مدتها ٦ ست ساعات، واستغرقت هذه الجلسات وقتاً استمر من ٦ ـ ٧ أسابيع.

ولقد تم تسجيل سلوك الحيوان أتوماتيكياً، كما سجلت الصدمات والاستجابات، وجمع البول بالنسبة للحيوانات طول فترة التجربة. ولقد أوضح التحليل الميكروسكوبي وجود قرح معدية معوية مع وجود تقرحات

بارزة وذا صورة باثولوجية لدى الحيوان التجريبـي في حين لم يظهر ذلك لدى الحيوان الضابط. وتتفق نتائج هذه التجربة مع الحالات السيكوسوماتية المنتجة مسبقاً بالتجريب، كما أن العوامل التكوينية قد تلعب دوراً حاسماً في ظهـور القـرحـة المعـديـة المعـويـة كنتيجـة لهـذه «الضغـوط السلـوكيـة» (٦٠ : ١٩٨).

(٣) تجارب محطة مدينة سخومي بروسيا عن أثر النواحي الانفعالية على جسم القردة والجرزان والكلاب: ولقد أثبت علماء محطة التجارب الطبيـة والبيـولـوجيـة في مـدينـة سخومي أن الإثـارات العصبيـة الانفعـاليـة المتكررة للقرود تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم عندها لمدة طويلة، كما يحدث في ارتفاع ضغط الدم عند الإنسان. كما أمكن إحداث ارتفاع في ضغط الدم عند الجرزان عن طريق تأثير الضجيج، وعند الكلاب في التجارب على طريقة بافلوف. ولقد أجريت تجارب على القرود بتعريضها لمؤثرات عصبية أدت إلى تمزق عضلة القلب عندها نتيجة لتقلص شرايين القلب لمدة طويلة (٣٤ : ٥).

(٤) تجربة «ساوري»، «وسيز» عن أثر مواقف الصراع على التغير الفسيولوجي لدى الفئران: في هذه التجربة قام كل من Sawrey & Weisz, 1956 بوضع تسع فئران في قفص لمدة ثلاثة أيام، حيث يوجد الطعام في نهاية القفص والماء في النهاية الأخرى. وكان السقف الذي حول الطعام والشراب مشحون بالكهرباء، فإذا ترك الفأر القسم المتوسط من القفص ليأكل أو يشرب اصطدم بالكهرباء، وكل ٤٨ ساعة فقط يرفع التيار الكهربائي. وهكذا تجد الفئران صراعاً مزمناً بين الرغبة في الحصول على الطعام أو الشراب والرغبة في تفادي الصدمة الكهربائية. أما المجموعة الضابطة فكانت مكونة من خمس فئران أعطوا الطعام والماء فقط كل ٤٨ ساعة لكن لم يوضعوا في موقف صراع، فظهرت قرحة المعدة لدى ستة من التسع حيوانات التجريبية ولم يحدث ذلك بالنسبة للضابطة.

(٥) تجربة «ساوري»، «وكونجز»، «وتورل» عن أثر الصراع في التغير الفسيولوجي لدى الحيوان: قام كل من Sawrey, Conger & Turell, 1956 بتأييد النتيجة السابقة باستخدام حيوانات أخرى مع اختلاف الظروف لتأكيد الأثر النسبي للجوع والعطش والصدمة والصراع في إنتاج القرحة. وأيدت هذه التجربة أن الصراع الانفعالي يؤدي لتكون قرحة المعدة، بوجود الجوع إلى جانب الصدمة، أما العطش فلم يكن له اعتبار (٧٢: ٤٣٦).

(٦) تجربة «برادي» لإنتاج القرح لدى قردة التجريب: لقد ثبت وجود علاقة بين الاضطرابات الانفعالية وإفراز المعدة بزيادة العصير الحمضي بالمعدة، ومع هذا فإن كل أنواع الاضطرابات الانفعالية لا تنتج القرح. ولقد نجح باحثون في إنتاج القرح لدى حيوانات التجارب وذلك بإخضاعها لضغوط جسمية، لكن دور العمليات الانفعالية في هذه التجارب كان غير محدد. إذ تشير تجارب جورج ف. ماهل F.F.Mahl من مدرسة جامعة ييل Yale الطبية إلى أن موقف «إنتاج الخوف» «Fear Producing» الذي يدوم عدة ساعات يزيد الإفراز المعدي للحيوان، لكن لا يظهر لدى هذه الحيوانات قرح. كما ذكر ساوري وزملائه في تجاربهم على الفئران من أن هذه التجربة لا تبرهن نهائياً على أن الشدة الانفعالية هي العامل الحاد في إنتاج القرح. ويذكر «برادي» عن تجاربه: أن القرحة التي ظهرت لدى الحيوان لم تكن بسبب الشدة السيكولوجية المتضمنة لكن كنتيجة للصدمات المتراكمة. ولاختبار إمكانية إنتاج القرحة لدى القردة تم إعداد تجربة مضبوطة استخدم فيها قردان جلسا في «كرسيين معاً» Yoked Chair حيث استقبل كلا القردين الصدمات، لكن قرداً منهما كان في إمكانه منعها عن الآخر بالضغط على زراع، ولقد كان زراع القرد الضابط هيكلي Dummy، وبعد ٢٣ يوماً ماتت قردة التجريب وأوضح تشريح الجثة عن وجود ثقب كبير Perforation في جدار المعدة الاثني عشر Wall of the duodenum بينما ظل القرد الضابط في صحة جيدة ولم يظهر اضطراباً معوياً معدياً. وفي سلسلة من التجارب التتبعية تم عزل العوامل الفسيولوجية والسيكولوجية والتي تنتج «القرحة

المعملية» لاحتمال أن يكون التفاعل الاجتماعي بين القردين ذا تأثير هام، وبالتأكيد فقد بينت معظم الملاحظات أن الاتصال Communication كان يتم بين الحيوانين على شكل دردشة ولذلك تم دراسة عدة حيوانات معزولة؛ لكن فشل العزل في حماية القردة التجريبية من استمرار ظهور القرح لديهم (٦٠ : ١٩٨).

(٧) دراسة بولش عن الحمض المعوي لدى قردة التجريب: درس إدون بولش Edwin Polish بقسم علم الغدد الصماء حمض المعدة لدى قردة التجريب في تجارب برادي والذين عملت لهم قناة صناعية، ورغماً من عدم دقة مقاييسه فإنها قدمت توضيحاً لنتائج تجارب برادي. فوجد أن إفرازات معدة قردة التجريب أكثر حمضية، ووجد أن الشدة الانفعالية المتقطعة غير المستمرة والتي يتم إدخالها أثناء فترات راحة الحيوان وأثناء العمل المتمثل في تفادي الصدمة يؤدي إلى القرح. لكن وجد أن الشدة الانفعالية المستمرة تسمح بتوافق متزن لا تظهر القرح نتيجة له (٦٠ : ١٩٨).

(٨) تجارب بافلوف لإنتاج العصاب لدى الحيوان: قام بافلوف بإسقاط دائرة مضيئة فوق شاشة أمام الحيوان ثم قدم له الطعام مباشرة. حتى إذا انتهى من خلق استجابة لعابية كرد فعل للدائرة قام بإسقاط قطعاً دائرية ناقصة Ellipse نسبة محورها إلى محور الدائرة ٢ : ١ ولكنه يعادل الدائرة من حيث شدة الإضاءة ومساحة السطح. ثم مكن الحيوان من القدرة على التمييز وذلك بتقديم الطعام بعد الدائرة دون القطع الناقصة. وبعد ذلك أخذ يقرب شكل القطع الناقصة من شكل الدائرة في محاولات تدريجية كانت النسبة فيها بين المحورين ٣ : ٢ ثم ٤ : ٣ وهكذا إلى أن وصلت النسبة ٩ : ٨ فلم يعد الحيوان قادراً على التمييز بينها وتغير سلوكه تغيراً كبيراً. فبعد أن كان الكلب هادئاً جعل يعوي ويتلوى يونتفض، ثم أخذ يعض جهاز التجربة في غضب وهياج. وقال بافلوف: «لقد ظهر على

الكلب أعراض عصاب حاد» (٥١ : ١٣ ، ١٥٣).

تعليق:

(١) شملت التجارب السابقة عدة حيوانات بما يشير إلى أن ما حققته التجارب من نتائج لا ينطبق على نوع واحد منها فقط.

(٢) قاس الباحثون تغيرات فسيولوجية مختلفة سواء في الجهاز الدوري أو الجهاز المعدي معوي بما يشير إلى أن أثر العوامل الانفعالية يعم أجهزة الجسم كلها.

(٣) قدم الباحثون مثيرات مختلفة لاختبار أن المثيرات على اختلاف أنواعها تؤدي إلى تغيرات فسيولوجية.

(٤) أشارت التجارب بما لا يقبل مجالاً للشك إلى أثر العوامل الانفعالية في الجسم وتأكد «بالدليل التجريبي» الذي يعتمد على الملاحظة والقياس والتسجيل مفهوم «السيكوسوماتيك».

(٥) نؤكد ما سبق أن أشار إليه كل من مورجان وماسلو Morgan & Maslow من أنه في نفس الوقت الذي نعتمد عليه في إقامة النظريات الخاصة بطبيعة الإنسان على نتائج التجارب على الحيوان فإنه يجب الاحتراس والاحتياط بل والبعد تماماً عن تشبيه سلوك الإنسان بالحيوان.

(ب) الدراسات والتجارب على الإنسان

إنه لمما شك فيه أن التجارب السابقة على الحيوان، خاصة تلك المتعلقة بالعصاب التجريبي، قد أفادت في توضيح النواحي السيكولوجية للانفعال عند الإنسان أيضاً حيث أنه نذير بعدم التوافق. ولذلك فمن الأجدر حبسه وعدم تصريفه لعدم مناسبته كاستجابة، ويتضح ذلك عندما لا يستطيع الإنسان الهرب أو الهجوم إذا تطلب الموقف ذلك حيث يصحبهما

(الهرب والهجوم) تغيرات فسيولوجية في الجسم لزيادة الادرنالين وارتفاع كمية السكر في الدم وازدياد كرياته الحمراء. ويذهب فرويد Freud (١٩٣٠) إلى أن الانفعال المستبعد من حيز الشعور يخلق حالة من التوتر تكون سبباً في اضطرابات دائمة في الوظائف العضوية. ويضيف الكسندر عام (١٩٣٦) إلى أن الاضطرابات ـ هذه ـ في الوظائف العضوية تختلف عن تلك لدى الإنسان العادي حيث يستطيع أن يحدد السبب النفسي لضحكه أو بكائه، فالمريض الذي يشكو من عصاب في معدته لا يستطيع وصف الانفعالات التي كانت سبباً في أعراضه المعدية، كما أنه لا يعلم أن سبب مرضه نفسي، بل يجتهد في أن يرجع مرضه لأسباب جسمية. ويعتبر الاضطراب العضوي تعبيراً غير كامل للتوتر النفسي فهو لا يكون تنفيساً كاملاً للتوتر الانفعالي (الأصلي). ونتيجة لعدم التنفيس الكامل للتوتر الانفعالي ينشأ اضطراب مزمن في الوظيفة. لكن هذه الطاقة الانفعالية التي لم يتم تنفيسها تعمد إلى اختراق مسالك تحت لحائية حيث أن المسالك اللحائية التي تتميز بالشعور قد سدت في وجهها كالضحك والبكاء الهستيري دون سبب واضح، وتبقى أسباب هذا المظاهر خافية حتى إذا تبينها صاحبها استطاع أن يقف منها موقفاً ملائماً. على أن اصطناع المسالك تحت اللحائية من شأنه أن ينبهها تنبيهاً قوياً قد يؤدي إلى فقدان التوازن الوظيفي في الأجهزة الحيوية على نحو قد تنشأ منه إصابات تشريحية (٣٣: ١٣). وقد يبدو أن هذا الكلام سابق لأوانه، بل نقول إنه تقديم لهذا الجزء من هذا الفصل يحتاج إلى سند تجريبي، وهو ما ستشير إليه التجارب التالية:

(١) دراسة ستافورد كلارك على الطيارين الإنجليز خلال ظروف الانعصاب والشدة: قضى كلارك خلال الحرب العالمية الأولى بعض الوقت في قوة الطيران الملكية البريطانية بوحدة الضباط الطبية، لدراسة آثار الانعصاب نتيجة الطيران العملي على الطيارين. وذلك لفهم طبيعة الانعصاب ومتى وكيف يؤثر حتى يتسنى الإقلال من الخسائر وعلاجها،

ولقد وجد كلارك أن العامل المؤثر في مثل هذه الانعصابات هو الخوف Fear البشري العادي. ووجد أيضاً أن الأفراد الذين تطوعوا لهذا العمل واختيروا له وتدربوا عليه تمكنوا من الاستمرار في مواجهة هذا الانعصاب الشامل لمدة طويلة أكثر مما كان متوقعاً. ولقد درس كلارك أكثر من أربع آلاف متطوع منهم لمدة أربع سنوات ونصف استطاع أن يستنبط طريقة لفحص آثار هذا الانعصاب وجد أنها صادقة. ولقد وجد كلارك أن الدورة Tour ثلاثين رحلة قصيرة Trips. ولقد أمكن التنبؤ بشيء من الدقة عن الأوجه والنواحي التي يستطيع من خلالها الرجل العادي إكمال دورة من هذا النوع، والمميزات التي يحصل عليها الطيار في مقابل عدم الأسر وعدم الإصابة بالإضافة إلى أنه يظل حياً؛ كانت تصل من خمسة لواحد. ولقد تمنى كل واحد أن يقوم بإنجاز ذلك وإن لم يكن أحداً منهم يتوقع إنجازه. كما أن أحداً من غالبية الرجال لم يحتفظ بروح معنوية كافية للاستمرار حتى إكمال الدورة أو حتى يقتلوا أو يجرحوا أو يؤسروا في المحاولة.

ولقد اهتمت الدراسة بالنواحي التي من خلالها ينجز الرجال الدورة والتذبذبات التي تحدث في معنويتهم في هذه الفترة. فوجد كلارك ثلاثة مراحل لكل مرحلة خصائصها الخاصة بها:

بالمرحلة الأولى: حدثت خلال الرحلات الثلاث الأولى من الخمس، حيث ارتبطت الشجاعة والتصميم برغبة طبيعية في الوصول للهدف المرغوب تحقيقه، وانهار بعض الناس عند هذه المرحلة، ومنهم من كان غير عملي فاختصر الطيران، لكن احتفظت الأغلبية بالاستمرار.

المرحلة الثانية: وجاءت المرحلة الثانية في ظروف الشدة القصوى أي بين الهجمة Sortie الثامنة والسادسة عشر، ولقد واجه كل فرد هذه المرحلة حتى غير المكترثين Phlegmatic والذين واجهوا بحق الموقف برمته.

المرحلة الثالثة: أما شرف تكملة الدورة فلم يكن ممكناً بلوغه، إذ يحتاج كل واحد لإنجاز هذه المرحلة لمساعدات بدرجات مختلفة سواء

كانت الشجاعة أو العزم أو الأصدقاء أو الطبيب أو القيادة. ولقد تعلم الرجال أنهم إذا هددوا خلال هذه المرحلة التي تشيع فيها الأعراض الجسمية للقلق فإنهم يتوقعون وجود فترات اتزان نسبي حتى اقتراب نهاية الدورة، إذ يتراكم الانعصاب بانتظام وبصورة تصاعدية، كذلك الإنهاك الجسمي وقد نتج التعب خلال الفترات الحساسية الثلاث. وبعد ذلك فإن قائد الفصيلة العاقل كان يقوم باستشارة الطبيب بالنسبة لفترة راحة رجاله.

ويقول كلارك أنه لم يكن يعرف شيئاً عن هانزسلي Hanz Selye أو فروضه التي قدمها في كتابه The Stress of Life عن أعراض التكيف العام General Adaptation Syndrome ومقارنة هذه المراحل الثلاث من الاستجابة بانعصاب الطيران (الأولى استجابة رد فعل ذاتي سريع immediate reaction، والثانية حالة من التكيف المرضي، والثالثة، عند الضغط الأشد يصل الفرد للمرحلة النهائية أي الإنهاك) بمراحل هانزسلي وهي: استجابة الإنذار، والتكيف، والإنهاك، من المفترض أن يكون هناك تطابقاً مباشراً بين المراحل فيهما. ولقد كان اهتمام كلارك بالانفعال، في حين اعتمد سلي على الانعصابات الفسيولوجية في الحيوانات التجريبية.

ويبدو أن النتائج في كلا الحالتين تعتبر أساساً لاستجابة الكائن الحي للمنبهات سواء كانت خوف، أو ألم، أو عدوى أو انعصاباً انفعالياً أو مرضاً جسمياً (٦٤: ٢٣٤).

(٢) دراسة البرت اكس عن الفروق الفسيولوجية بين الخوف والغضب لدى البشر: ولقد اختار إكس A X الغضب والخوف في هذه الدراسة لأنهما الحالتين الانفعاليتين اللتين غالباً ما وصفتا بأنهما حالات متشابهة فسيولوجيا. ورغماً من أن نظرية كانون تعني أن حالات التهيج «الحرب والهرب» ذات أنماط فسيولوجية متشابهة فقد تأكد أنها عامة، فلقد وجد أن الفحص الدقيق للاستجابة الفسيولوجية قد يوضح فروقاً أو يوضح وجود نماذج فرعية لحالات التهيج والاستثارة. وتشير المصادر التجريبية والنظرية لوجود فرض الحالات الفسيولوجية المختلفة، فلقد أشارت ماجدا

أرنولد .Magda A إلى أن الخوف حالة من التهيج القوي للفرع السمبتاوي من الجهاز العصبي اللاإرادي، في حين أن الغضب حالة من التهيج القوي لكل من الفرعين السمبتاوي والباراسمبتاوي للجهاز العصبي اللاإرادي (من خلال التجارب والأدلة العصبية). كما وصف كل من ولف، ولف & Wolf Wolf في دراسة لهما على التغير في درجة حرارة الأصابع خلال العلاج بالتحليل النفسي: أن الانخفاض في الحرارة يرتبط بفترات القلق ومناقشة الموضوعات غير السارة، في حين أنه خلال الاستثارة الجنسية يوجد زيادة في درجة حرارة الأصابع. ونظراً لأن هذه الدراسات لم تؤكد بوضوح أن هذه الاختلافات في الاستثارة بسبب نماذج الاستجابة الفريدة للفرد، فقد خططت هذه الدراسة لاختيار عينة كافية لتسجل في آن واحد مع التهيج الانفعالي عدداً من ردود الفعل الفسيولوجي والتي يمكن أن تنتج «أنماطاً» من الاستجابة. واستخدم إكس في هذه الدراسة جهاز الرسم الكهربائي للقلب electrocardiogram، ومسجلة حركات الجسم والناتجة عن دفعات القلب والدم ballistocardigram، والتصوير الإشعاعي للرئة لتسجيل التنفس Pon Pneumograph ، وقياس درجة حرارة الأصابع والوجه بجهاز western electric thermiston ، والتوصيل الجلدي لمعرفة عرق راحة اليد Volar، وقياس العضلات. ولقد جاء المفحوصون في هذه الدراسة عن طريق إعلان في الجرائد وأعطى كل مفحوص ثلاثة دولارات عن الساعتين. وتراوح عددهم بين ٤٢، ٤٣ مفحوصاً وأعمارهم بين ٢١ ـ ٢٥ بمتوسط ٢٧ عاماً للرجال، ٢١ عاماً للنساء. واستبقى منهم للدراسة هؤلاء الذين كان ضغط دمهم لا يزيد عن ١٤٠/ ٩٠ بعد راحة نصف ساعة. ولقد كان منبه الخوف في هذه الدراسة عبارة عن صدمة متقطعة تتزايد بالتدريج على الإصبع الصغير بحيث لا يصل ذلك لحد الألم. وعندما يحس المفحوص يعبر المجرب عن دهشته ويضغط على مفتاح يخرج شرراً Sparks بالقرب من المفحوص ثم يصيح بأن هذا الشرر عبارة عن فولت كهربائي عالي وخطر، خالقاً بذلك جواً من التحذير والاضطراب. وبعد خمس دقائق يخبر

المجرب المفحوص بأن كل شيء قد انتهى وهناك فترة خمسين دقيقة يقضيها الشخص بين منبه الخوف ومنبه الغضب في الاستماع للموسيقى. أما منبه الغضب فقد اعتمد على جهاز مسجلة الانفعالات النفسية (مسجلة النبضين الوريدي والشرياني) Polygraph حيث كان هذا الجهاز هو المفتاح لموقف الغضب بأن وصف للمفحوص بأن هذا الجهاز به عطب وغير صالح ليصبح هدفاً مناسباً للكراهية (من جانب المفحوص). كما قام المجرب ببعض الأعمال التي تزيد من كراهية المفحوص بتوجيه النقد والاحتقار إليه. وفي إعداد النتائج النهائية استخدمت الدرجات التي كانت مرتفعة جداً والتي كانت منخفضة وأدنى حداً عن مستوى الراحة السابق، كذلك استخدمت الاستجابات ذات القيمة العالية في وحدة من الوقت. ومن الأربعة عشر درجة التي تم الحصول عليها، بينت سبع درجات تمييزاً دالاً بين الغضب والخوف. فلقد ارتفع تمدد ضغط الدم، وانخفضت سرعة القلب، وزاد التوصيل الجلدي وزادت القوة العضلية، وفي سرعة التنفس كان أكبر في الخوف عنه في الغضب. ولقد كانت النماذج التي تم الحصول عليها عن الخوف والغضب على خلاف ما اقترحه أرنولد من أن الغضب رد فعل قوي لكل من الفرعين السمبتاوي والبارا سمبتاوي للجهاز العصبي اللاإرادي في حين أن الخوف رد فعل للسمبتاوي. والاكتشافات الأخرى التي أشار إليها هذا البحث تظهر في الارتباطات المنخفضة جداً بين ردود الفعل الفسيولوجية، كمؤشر لتكامل فسيولوجي أكبر خلال الغضب. ويتضح من نتائج التجربة أن المنبهين المنتجين: الخوف والغضب يكونان مصحوبان بنماذج من رد الفعل الفسيولوجي، والتي كانت باستخدام المتوسط، مختلفة اختلافاً واضحاً بالنسبة للمنبهين لدى الثلاثة وأربعين مفحوصاً. ولا تتناقض هذه النتائج مع فروض كانون بل توضح اختلافاً أكثر في نمو رد الفعل الفسيولوجي (٥٧ : ٣٣).

(٣) تجارب هارولد وولف، ستيورات وولف عن أثر الانفعالات النفسية على فسيولوجية المعدة: وقع رجل يدعى توم TOM في حادثة ترتب عليها سد مريئه oesophagens وعملت له عملية جراحية ليتناول الأكل من خلال فتحة مباشرة في جدار المعدة. ولقد قام الباحثان بدراسة الأثر المباشر للتغيرات الانفعالية على بطانة المعدة بتقديم بعض المثيرات التي تؤدي لهذه التغيرات لديه ودون تحذير سابق وكان المثير أنه سوف يطلق عليه النار. ولقد كانت استجابات توم لمثل هذه المثيرات مرئية في وجهه وطريقة كلامه وفي معدته بصورة أكبر، وصار غضباً بمرارة واضطرب جدران معدته لدرجة استنزاف الدم منها. وعندما شرحت التجربة لتوم فإن معدته عادت سريعاً للعادي. ولقد بينت دراسات أكثر على توم بأنه عندما كان يكتئب، وتحدث له حالة عن الهم والغم فإن معدته تعاني من العديد من التغيرات إذ تشحب وتصير مغطاة بمادة مخاطية (٦٠ : ١٩٨).

(٤) دراسة الدكتورة فلاندرز دنبار عن العلاقة بين الانفعالات والتغيرات البدنية في الأمراض الخاصة: قامت الدكتورة هيلين فلاندرز دنبار على مدى اثني عشر عاماً في مستشفى Presbyterian H. بنيويورك بتطبيق الطرق السيكاترية في دراسة المرضى الذين يعانون من أمراض جسمية. وهدفت من وراء هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الانفعالات وبين التغيرات البدنية والأمراض الجسمية، وإلى أي مدى تكون هذه العلاقة خاصة بهذه الأمراض التي تظهر فيها. كما بحثت عن وجود مكونات للشدة (الانعصاب) في حياة المرضى، وعن نواحي الشخصية التي ترتبط بنوع معين من المرض. ونظراً لكل هذه الاعتبارات التي وضعتها بالنسبة للمجموعة التجريبية، فقد اختارت المجموعة الضابطة من عنابر الكسور Fracture wards لتتمكن من مقارنتهم بالنسبة للعمر، والجنس والوضع الاجتماعي مع مفحوصي دراستها إلى جانب أنهم يواجهون مثلهم في المستشفى نفس الظروف العامة، ومن المحتمل أنهم كانوا من ناحية أخرى في حدود التوافق الانفعالي العادي. ولقد توصلت دنبار من خلال هذه

الدراسة لنتائج هامة جداً، ولم تقتصر على توضيح دور التوترات المستمرة، والقلق والإحباط والحنق في عدد من الأمراض الجسمية التي تقع في وسط الرسم الذي قدمه كلارك في تعريفه للسيكوسوماتيك. ولقد ذهبت دنبار إلى القول بأن اختيارها للمجموعة الضابطة كان أقل بساطة مما تصورت إذ وجدت أن عدداً من هؤلاء المرضى لديهم خصائص عامة ويسمون «مستهدفين للوقوع في الحوادث» وهم مندفعون، ومغامرون، وهائمون أكثر من كونهم حازمين أو رزينين deliberate.

ولقد وجدت هذه الخصائص أكثر في المجموعة الضابطة ولم تكن راجعة للصدفة وحدها، ولقد شكلوا مقارنة لها وزنها بالنسبة للضبط العادي للحياة الانفعالية والسلوكية، والطموح، والنشاط الاستقلالي تلك الجوانب التي ظهرت لدى نسبة عالية من المرضى الذين لديهم ذبحة صدرية Angina أو مرض الشريان التاجي coronary الذي شكل واحداً من المجموعات الأخرى المدروسة. ولقد أدى هذا بالدكتورة دنبار وتلاميذها إلى توضيح موقفهم أكثر بالنسبة لعلاقة ضغوط الحياة والأوجاع الانفعالية بالمرض البدني وعلاقة أنماط خاصة معينة في الشخصية بأمراض جسمية خاصة، ولقد تأكدت النتائج العامة لأعمالها، كما أنها تأيدت تجريبياً. ويعلق كلارك على ذلك قائلاً: إن دراسات دكتور هاليدي باسكتلنده عن الوقوع النسبي لأنواع متعددة من الأمراض ذات الأساس النفسي في صناعات أو جماعات اجتماعية مختلفة قاده لمفهوم سماه الطب النفسي الاجتماعي Psycho Social Medicine وتلك نظرة عامة للمشكلة. ولقد وسعت النظرة الإكلينيكية لأعمال دكتور ويتكور wittkower فهماً للعوامل الانفعالية في هذه الأمراض كالدرن tuberculosis والاضطرابات الحادة المزمنة للجلد (٦٠: ١٩٨).

(٥) دراسة برونش عن كيمياء إفراز الدموع خلال الانفعال: وتعتبر دراسة برونش Brunish 1057 عن إفراز الدموع خلال الانفعال من الأمثلة الشائعة التي توضح دور الانفعال على كيمياء الجسم، فقد اكتشف أن إفراز

الدموع خلال الانفعال تكون نسبة الزلال albumin فيها أكثر من نسبته في الدموع الناتجة عن الروائح المثيرة كرائحة البصل.

(٦) دراسة ليفين عن علاقة مواقف الشدة بالتغيرات البدنية المتمثلة في فقر الدم: وتعتبر دراسة ليفين Lewin عن علاقة مواقف الشدة المتمثلة في فقد الأعزاء، والأحباء، بالتغيرات البدنية التي تظهر في فقر الدم من الدراسات التي توضح دور العوامل الانفعالية في الأمراض الخاصة التي تصيب بني البشر. فلقد وجد أن للاكتئاب علاقة بالأنيميا الوبيلة القاتلة Pernicious لدى عشرة من المرضى الذين درسوا بواسطة مقابلات متعمقة. ووجد في كل حالة من هذه الحالات فقداً لقريب عادة ما يكون محبوباً للمريض قبل هجوم المرض. وتبع ذلك اكتئاب حاد تسبب في إفراز المعدة ويرجع ذلك لظهور أنيميا فقر الدم.

(٧) دراسة كل من ميير، وهاجرتي عن علاقة أحداث الشدة العائلية باضطرابات التنفس: في هذه الدراسة التي أجراها كل من هاجرتي، وميير Meyer & Haggerty 1962 على ستة عشر أسرة شملت النواحي الجسمية والنفسية. فوجدا أن أمراض التنفس السبحي، وغير السبحي Streptococcal & Non S. قد حدثت أربع مرات بعد حوادث عائلية هامة وشديدة.

(٨) دراسة هولمز وراهي عن تأثير أحداث الشدة في حياة الناس على صحتهم البدنية: ويتمثل أهم تقدم في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية في إعداد وسيلة للقياس الكمي لتأثير أحداث الشدة في حياة الناس فقد طلب كل من هولمز، وراهي Holmes & Rahe 1966 من ٤٠٠ شخص من كلا الجنسين، يختلفون في العمر، والدين، والحالة الزوجية، والمكانة الاجتماعية، والاقتصادية، القيام بعملية تقدير لدرجة التوافق المتطلبة لأحداث مختلفة في الحياة، فاتفقوا في عملية التقدير اتفاقاً عالياً. وفي هذه الدراسة قام كل فرد من أفراد العينة بإعطاء قيمة أو تقدير لكل مجموعة من

مجموعات مواقف الحياة الاثنين والأربعين التي عرضت عليهم وهذه القيمة يعبر عنها باصطلاح من اصطلاحات «وحدات الحياة المتغيرة» Life Change Units L C U وتتكون هذه القيم من ۱۰۰ مائة وحدة تتدرج في الشدة من وحدة موت الزوج أو الزوجة Spouse مثلاً إلى وحدة كسر صغير لإشارة المرور. وليست كل مواقف الحياة الموضوعة في المقياس غير سارة في طبيعتها بل شملت أحداث السعادة أيضاً لما تتطلبه من توافقات هامة، فالزواج، على سبيل المثال، كانت قيمته خمسين من أحداث الحياة المتغيرة، والبطالة كانت قيمتها ثلاثة عشر. ويشير اتفاق اليابانيون في تقديراتهم مع العينة السابقة إلى أن مواقف الحياة المتغيرة تبقى ثابتة خارج الحدود الثقافية Holmes 1966.

وعلى أساس البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة السابقة تم إعداد استبيان سمي: قائمة الخبرات الحالية The Scheuedle of Recent Experience والذي يتضمن مجموعة من العبارات والأسئلة عن التغير والتنقل في الإقامة، والمهنة، والأسرة، والخطوبة، والصحة، والحالة الشخصية، والأنشطة الاجتماعية، في العشر سنوات السابقة. وطلب من ۸۸ طبيباً أن يملأوا الاستبيان (S R E) بالإضافة إلى صفحة منفصلة بها أسئلة عن التغيرات الكبيرة في الصحة، وعن الأمراض، والحوادث والعمليات الجراحية التي حدثت خلال السنوات العشر الأخيرة، ولم يُكشف لهم عن غرض الدراسة. وقد ذكر في هذه الدراسة أن ۸۹ من ٩٦ من التغيرات الصحية الكبيرة، أي بنسبة ٦٣٪ من التغيرات الصحية تحدث في السنة الواحدة وينظر لهذه النسبة على أنها تشكل أزمات الحياة. وهذا الترابط بين أزمات الحياة والتغيرات في الصحة كان أكبر بكثير من مجرد الارتباط بالصدفة. وتقترح هذه النتائج أن أزمات الحياة الضخمة تؤدي إلى ضرر في وظيفة البدن (Rache & Holmes 1966 a) وفي دراسة تتبعية انقسم الأطباء المشتركون لمجموعتين على أساس أزمات الحياة الضخمة التي خبروها خلال السنة الماضية والتي طبق فيها مقياس S R E حيث تم

الاتصال بـ ٨٤ من الذين استجابوا على المقياس للحصول على بيانات خاصة بالتغيرات التي حدثت في صحتهم خلال السنة. ولقد ارتبط ٩٧٪ (٣١ من ٣٢) من التغيرات في الصحة بأزمات الحياة لديهم. وتؤيد الدراسة فرض أن عدد التغيرات في الصحة يرتبط بضخامة أزمات الحياة المتغيرة (Rache & Holmes 1966 b) (٧٢: ٤٣٦).

(٩) تجربة خلق التغيرات الفسيولوجية بالتنويم المغناطيسي: بين البحث التجريبي أنه إذا أوحى لشخص ما أثناء التنويم بالانفعال المناسب للتغير الفسيولوجي المطلوب فمن الممكن أن يحدث الإيحاء تغييراً عميقاً في وظائف أي عضو مثل التغيرات في درجة حرارة الجسم وفي كيمياء الدم ومقدار التبول.. الخ.

(١٠) دراسة سوزارد عن علاقة توهم المرض بالتغيرات الفسيولوجية: قام سوزارد Southard بدراسة ما يترتب على الأوهام من تغيرات تشريحية وذكر أن أحد مرضاه كان يشكو من أعراض التهاب غشاء الرئة Pleurisy والذي لم يبين الفحص الإكلينيكي أي علامة على وجود مرض في هذا الغشاء، كما لم يتبين بغشاء الرئة تلك التغيرات الخطيرة التي تتميز بها إصابته بالسل، على أنه وجد بالمكان الذي كان يجعله المريض موضع أوهامه مظاهر احتقان والتهاب حقيقتين (٧١: ٧١).

(١١) دراسة سيسمان ولازارس ومورد كوف عن أثر عرض فيلم «البتر الجزئي» على النواحي الفسيولوجية: تهتم هذه الدراسة في صميمها بأهمية الاستعدادات والخواص المزاجية (كنواحي تنظيمية وفطرية) لدى الشخص في إنتاج استجابات الشدة، كما تهتم بأهمية التفسيرات الفارقية للمنبه كما يعالج تجريبياً ويتأثر بالاستعدادات المعرفية. ولقد بينت البحوث لكل من دافيدسون عام ١٩٦٢ ومعه لازارس وسيسمان وكل من آش وسكوارتز عام ١٩٥٦ في المعمل أن استجابات الصور المتحركة الصامتة والتي تصور الطقوس البدائية تتضمن عملية قاسية تسمى «بتر جزئي أو

طهارة جزئية» Subinicision وعموماً فإن معالجة التقديرات المعرفية لمحتويات فيلم «البتر الجزئي» تكون بطريقتين تجريبتين، تتضمن الأولى اختيار المفحوصين على أساس التاريخ الماضي أو شواهد (اختبارات) عن الاستعدادات المعرفية والتي تظهر في تفسير دلالة محتويات الفيلم. والآخر عمل تغييرات أثناء القيام بعرض الفيلم الصامت، والمتمثلة في تقديم عبارات أو في إضافة أصوات تصاحب أحداث الفيلم في صورة مهددة. وفي حين أن كلا وجهتي النظر قد استخدمها الباحثون في الدراسة الحالية إلا أن التأكيد كان على الأخيرة. ولقد تم إعداد شكلين من أشكال الدفاع على أساس مادة المقابلة التي تم الحصول عليها في دراسة سابقة للازارس وآخرين Lazarus et al، وعلى أساس التعريفات النظرية للعمليات الدفاعية.

وقد سمي الشكل الأول فكري أو معرفي intellectualization ويمثل هذا الشكل اتجاهاً علمياً ناحية الطقوس فيدعو المشاهد ليلاحظ العادات الشيقة للبدائيين، كما وصفت أحداث الفيلم دون ذكر للمشاعر والانفعالات. أما الشكل الثاني فقد سمي: بالإنكار والتكوين العكسي denial an R. Formation وله جانبين، الأول: تم فيه إنكار الضرر والتهديد المتمثلان في الأحداث وذلك بتوضيح أن العملية الخاصة بالبتر الجزئي ليست ضارة أو مؤلمة، والثاني: أكد على المزايا الإيجابية التي تجنى من المشاركة في الطقوس، ووصف الاحتفال بأنه مناسبة سارة للبدائيين من الصبية الذين ينظر لهم على أنهم سيصيرون شباب المستقبل في القبيلة عن طريق مثل هذه العملية، وسمي هذا الجانب تكوين عكسي لأن النواحي السالبة في الأحداث تُعكس لتبدو إيجابية. وكان المنبه في هذه الدراسة عبارة عن عرض فيلم يقوم فيه ثلاثة رجال كبار من رجال القبيلة بمسك طفل عمره ثلاثة عشر أو أربعة عشر عاماً لقطع جزء يصل لثلاث أو أربع بوصات من قضيبه بواسطة حجر صوان حاد، وإذ هم يقومون بذلك يتم (في نطاق احتفال رسمي) التعليق فكرياً على هذه العملية للمشاهدين

بما يلي: كما ترون فالعملية تتم في نطاق احتفال رسمي، ورغماً من أن العملية الجراحية قاسية إلا أنها تتم بعناية. وفي نفس الفيلم يتم التعليق بالإنكار وبالتكوين العكسي على النحو الآتي: سوف ترى مدى التشجيع المقدم من الرجال الكبار للولد، حيث ينظر الولد الصغير بسعادة للاحتفال وما يعلق عليه من أمل في أنه سيصبح شاباً. ولا يهمنا في هذه المناسبة من هذه الدراسة بعد هذا التقديم الذي قد يتطلب إفاضة أكثر سوى التعرف على ما أحدثه فيلم البتر الجزئي من تغيرات فسيولوجية على المفحوصين الذين تكونوا من ٤٢ عاملاً من عمال الطيران، ٥٦ طالباً من طلبة الصف الثالث في قسم علم النفس. ثم عملت أمامهم أربع ظروف تجريبية باستخدام فيلم «البتر الجزئي» الأول تضمن استخدام فيلم بتر جزئي صامت بدون صوت، والظروف الثلاث الأخرى تعتمد على استخدام نفس فيلم البتر الجزئي بالإضافة لأحداث مختلفة هي: الصدمة، الإنكار «التكوين العكسي، الفكري».

وبالنسبة لكل مفحوص تم عمل تسجيل لسرعة القلب، ومقاومة الجلد كل عشر ثواني أثناء عرض الفيلم. فوجد أن التوصيل الجلدي في أثناء عرض فيلم البتر الجزئي بالنسبة لعدد كبير من المفحوصين يتمشى تماماً مع محتوى الفيلم، مبيناً درجات عالية تتطابق تماماً مع عمليات التهديد، ودرجات منخفضة في المواقف السليمة العواقب نسبياً في الفيلم. ولقد قورنت الظروف الأربعة كل واحدة بالأخرى فوجد زيادة في توصيل الجلد بالنسبة لظرفي الصدمة عنه في ظرفي الإنكار والفكر، بينما يقع الظرف الصامت بين الاثنين ولم يختلف عنهما اختلافاً دالاً. أما بالنسبة لسرعة القلب فقد كانت أعلى بصورة دالة في الظرف الصامت عن ظرف الإنكار، أما الظرف الفكري فقد وقع بينهما. وفي ظرف الصدمة كانت سرعة القلب منخفضة عن ظرف الإنكار لكن الفروق لم تكن دالة. ووجد أن سرعة القلب تنخفض بسبب آثار دفاع الصوت، كما تبين أن سرعة دقات القلب لا تتطابق مع محتوى الفيلم كذلك الأمر بالنسبة لتوصيل الجلد بسبب

طبيعة ميكانيزم القلب، والذي يرتفع باستمرار تحت التهديد دون أنشطة مؤثرة، ولأن استجابة سرعة القلب من المحتمل أن تكون ذات اتجاهين، ترتفع وتنخفض تحت التهديد لأسباب غامضة Lacey 1959. كما أوضح فحص شكل منحني التذبذب في توصيل الجلد طول وقت عرض الفيلم خاصة في حالة النسخة الصامتة إلى وجود اضطراب عالي عندما تأخذ العملية الأولى مكانها. كما وجد أن أثر الصدمة يؤدي لاشتداد الاضطراب في حين أن كلاً من آثار ظرفي الإنكار والفكري، يؤديان لخفض التوصيل الجلدي والذي يكون متوقعاً في الغالب في أماكن معينة من التهديد المبكر في الفيلم (٩٨ : ٣٦٨، ٣٨٠).

(١٢) بحث كريج ولوري عن أثر المعاناة على سرعة دقات القلب:

وقد تم بحث النشاط الكهربي للجلد عند مشاهدة آخرين في خطر (باند، روزنتال ١٩٦٦، برجر ١٩٦٢، كريج، ونشتين ١٩٦٥، هانر، تنى ١٩٦٠). واستخدمت مثل هذه الدراسات لشرح العديد من ظواهر التعلم بافتراض أن هذه المعاناة Vicarious ممكن أن تكون بديلاً للخبرة المباشرة لنفس الموقف وهناك اختلاف وهو أن النمط اللاإرادي المنتج للمعاناة لا يقارن بالاتصال المباشر للموقف المؤدي. فقد وجد كريج ١٩٦٨ أنه في حين أن موقف المعاناة زاد من سرعة توصيل الجلد إلا أن الخبرة المباشرة زادت القلب في حين أن المعاناة تقلل من سرعة القلب. ولقد وجد كريج، وود عام ١٩٦٩ نفس الاختلاف ولذلك تكلم البعض عما يسمى بالمعاناة الكاذبة Pseudoin Vicarous (Borger 1962) ولقد بلغ عدد أفراد العينة في هذه الدراسة ٥٦ منهم ٢٨ إناث، ٢٨ ذكور، متوسط العمر ٢٢ عاماً، والمدى من ١٨ ـ ٨٣، وتسجيل مقاومة الجلد، وضربات القلب، كما استخدمت أقطاب الجهد الحيوي الكهربي biopotential electyodes وذلك لوضعها على سطح عضلة palmar الإصبع الأول والرابع (السلامية الثالثة للأصابع phalanx وذلك لتسجيل مقاومة الجلد galvanic skin resistence). كذلك وضعت على القبضة اليمنى والرجل اليمنى لتسجيل

سرعة القلب . وكانت المنبهات في هذه الدراسة عشر شرائح ملونة لأشياء غير ضارة ككرة ومسطرة.. الخ. وكان يعرض كل منبه لمدة ١٢ ثانية، وكانت هناك خمس شرائح تجريبية والتي كان يصحبها أثناء العرض كل منبه لمدة ١٢ ثانية، وكانت هناك خمس شرائح تجريبية إذ كان يصحبها أثناء العرض صدمة مزيفة Jaked S. والشرائح الخمس الأخرى ضابطة، وفي أثناء التجربة كان يدخل شخص لا يتعرض للصدمة لكن يشاهد المنبه (الشرائح) ويشاهد الشخص وهو في المعاناة وقد أكدت هذه الدراسة أن مشاهدة شخص وهو في خطر يؤدي إلى انخفاض سرعة القلب لدى المشاهد(٦٥ : ٣٨١).

(١٣) دراسة مياسنيكوف عن أثر ظروف الشدة وقت الحرب على جسم الإنسان: ولقد استطاع أ. ل. مياسنيكوف أثناء حصار مدينة لينينجراد أن يراقب ظهور حالات ارتفاع ضغط الدم وذلك بعد قصف المدينة أو ضربها بالقنابل من الجو. ففي أحد الأيام سقطت إحدى القذائف على غرفة في أحد المستشفيات وقتلت أحد المرضى وكانت طبيبة شابة قد انتهت من فحصه منذ لحظات. ولقد اخترقت القذيفة المبنى إلى الطوابق السفلى حتى القبو لكنها لم تنفجر. وبعد مدة وجيزة ظهر عند الطبيبة ألم حاد في الرأس وبعد خمسة أيام قيس ضغط دمها فاتضح أنه مرتفع جداً واستمر عدة أشهر. ويشهد كل العلماء والأطباء ازدياداً كبيراً في أمراض القلب والأوعية الدموية مباشرة بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية. ويمكن ذكر بعض الحقائق البارزة ففي أثناء الحرب الأخيرة ثبت أن ضغط الدم لدى المحاربين في الخطوط الأمامية من الجبهة أعلى في المتوسط منه عند المحاربين في المؤخرة (٣٤: ٥).

(١٤) تجربة بونيير وهانلي عن أثر الشدة على مقاومة الجلد: فقد استخدم وهانلي Bonier & Haneley عام ١٩٦٦ مقياس العصابية لأيزنك والمقياس السيكوسوماتي لماك فارلاند وسيتز لاختبار ثلاث مجموعات من طلبة اكليات الذكور: ٢٠ عصاب جسمي، ٢٠ عصاب غير جسمي، ٢٠

غير عصاب وغير جسمي. وسجلت مقاومة الجلد خلال فترة الراحة وخلال ضوضاء الصوت المرتفع والأسئلة الحرجة، وصور القتال الدموي ولقد عملت الفروق بين المجموعات الثلاث ولم تكن جوهرية (٦١: ٧٥١).

(١٥) دراسة هوب وفردمان عن أثر الأسر في الحرب على أجهزة الجسم: ولقد فحص فردمان Friedman عام ١٩٤٩، ١٧٢ من النزلاء inmates في معسكر الأسر بقبرص ووجد أن معظم شكاواهم يكون الطابع السائد فيها أعراض سيكوسوماتية. وأوضح فحص هوب الدقيق أن ١٤٤ من ١٤٥ من الأحياء يعانون من أوجاع سيكوسوماتيكية (٨٢: ٣٢٤).

(١٦) دراسة عن التنبؤ بحدوث قرحة المعدة من خلال زيادة العصير المعدي: ولقد وجد في إحدى الدراسات الحديثة التي أجريت على ٢,٠٠٠ ألفين من الجنود أن من يبدو منهم لديه اضطراباً انفعالياً وزيادة في العصير المعدي خلال الاختبارات الجسمية الأولية تظهر لديه القرح فيما بعد تحت مواقف الشدة في الجيش (٦٠: ١٩٨).

(١٧) دراسة مياسنيكوف عن علاقة ظروف الاحتلال بارتفاع ضغط الدم: يذكر مياسنيكوف بأنه قد أجريت دراسة حول مدى انتشار ارتفاع ضغط الدم عند الأطفال فاختيرت مجموعتان منهم، الأولى أطفال عاشوا أثناء الحرب الوطنية العظمى في المناطق المحتلة من قبل العدو، والثانية أطفال عاشوا في تلك الفترة بعيداً في المؤخرة وعند الفحص ظهر أن ارتفاع ضغط الدم كان أكثر انتشاراً في المجموعة الأولى عنه في الثانية (٣٤: ٥).

تعليق:

(١) إنه لمما لا شك فيه أن هذه التجارب قد أكدت مفهوم «السيكوسوماتيك» على النحو الذي طرحناه في الفصل السابق وعلى أساس أن العوامل الانفعالية تؤثر وأكثر بكير في الجسم، وقد تأكد ذلك عن طريق الملاحظة والقياس والتسجيل بما يؤكد ثانياً أن تعريفنا الذي قدمناه تعريف عملي وأجرائي.

(٢) إلى جانب ما سبق أيضاً تبين أن التعرض لهذه التجارب يساير الغرض الأساسي لهذا البحث فمعرفة الاستجابات السيكوسوماتية لمواقف الحياة العامة يفيد في معرفة هذه النواحي بالنسبة للتوافق المهني وهذا الأخير جزء من التوافق العام بل أن هناك علاقة بينهما.

(٣) تبين لنا أيضاً من التجارب السابقة أن قياس أثر العوامل الانفعالية شمل شتى أجهزة الجسم كالمعدة والقلب وضغط الدم والجلد. . . . . الخ.

(٤) كما اتضح كذلك أن المنبهات التي قدمت للمفحوصين في التجارب والدراسات السابقة كانت منبهات تجريبية وطبيعية لم يسبقها إعداد، وبذلك تؤكد النتائج المستخرجة من كلا النوعين من المنبهات بعضها البعض.

(٥) كما شملت التجارب مفحوصين عاديين، ومفحوصين مرضى وبذلك يتأكد أثر مواقف الشدة في الحياة على الأسوياء واللا أسوياء أي أن هذه النتائج تنطبق على الأسوياء وعلى المرضى معاً.

(٦) شملت الانفعالات المنتجة تجريبياً أنواعاً عدة وبذلك تبين لنا أن الانفعالات تحدث تأثيراً في جهاز دون الآخر وأن الانفعالات تحدث تأثيراً في ذلك الجهاز مرتفعاً أو منخفضاً.

(٧) كذلك فإن المنبهات التي قدمت في الدراسات والتجارب السابقة كثيرة وتمثل تلك المواقف التي يواجهها بنو البشر في حياتهم.

(٨) بعض المنبهات التي شملتها الدراسات والتجارب تعكس أثر الشدة سواء في مواقف الحياة العادية أو في الظروف غير العادية كالأسر والخوف ومواقف التهديد المنتجة والبعض الآخر خلال التدريب الشاق.

(٩) مجمل ما سبق تلك الدراسات والتجارب أنها عكست وجود استجابات معينة لحدوث منبهات معينة، وهذا الأمر يفيد دون شك في علاج تلك الاضطرابات.

(جـ) نظرية (جيمش ـ لانج) عن الانفعال

ما هو الدور الذي تلعبه الاستجابات الفسيولوجية في خبرتنا الشعورية عن الانفعال السار وغير السار كالغضب والخوف والمرح؟. سؤال حير السيكولوجيين منذ زمن طويل. ولقد اتبع القليلون منهم السيكولوجي الأولى «جيمس» والذي عبر عن وجهة النظر الأخرى، وهو أن التغيرات البدنية تتبع مباشرة إدراكنا وأن الانفعال هو شعورنا بهذه التغيرات البدنية. وأن صياغة هذا الرأي في نظرية «جيمس ـ لانج» عن الانفعال James-Lang Theory of Emotion (1927) أثرت على عمل السيكولوجيين وأدت لقدر عظيم من البحث على نماذج التغير الفسيولوجي المتضمن في انفعالات مختلفة، وذلك في محاولة لإيجاد فروق محددة. ومن المدهش أن وجدت فروق في الاستجابات الحشوية لم تكن كافية لمعرفة المدي الواسع من الانفعالات. وفي الحقيقة فإن مجرد القيام بتفكير عقلي، بدون خبرة انفعالية ممكن أن يسبب إسراعاً في عمل القلب مثل غمس قدم في إناء به ماء بارد (Knapp, 1963).

ولقد علق بعض الباحثين بأن العوامل المعرفية يجب أن تلعب دوراً في تحديد عما إذا كان التهيج الفسيولوجي جزءاً من الحالة (٧٢: ٤٣٦)، وأن تلك العلاقة الوثيقة التي بين الانفعالات التي يشعر بها بني البشر والتغيرات الفسيولوجية التي تأخذ مكانها في أجسامهم هي أساس في الكشف عن المرض. ولقد خص كل من وليم جيمس (ابن وليم جيمس الروائي) والفسيولوجي النرويجي لانج Lange جهداً كبيراً لدراسة الانفعالات.

ويقلب قانون جيمس لانج ما نعتبره التسلسل العادي للحوادث عندما نشعر بالانفعال: يحدث الحزن ثم نصيح ونخاف وتكون ضربات قلبنا أسرع. أي أن الانفعال كما نشعر به شعورياً بأنفسنا يأتي أولاً، وتأتي المصاحبات الفسيولوجية ثانياً. لكن جيمس ولانج أكدا أن هذا يضع العربة

أمام الحصان، ففي الاستجابة لموقف معين تصب الغدة الأدرنالينية إفرازها في مجرى الدم، وبعد ذلك نشعر بالغضب، وعند موقف معين تكون ضربان القلب أسرع، وهذا يجعلنا نصيح، واستجاباتنا الذاتية للصياح هي الشعور بالحزن. وبكلمات أخرى فإن الموقف التنبيهي الخارجي (S) ينتج استجابات فسيولوجية معينة (P.R.) وهذه الاستجابات الفسيولوجية بالتالي تنتج الانفعال المشعور (E). وهكذا تكون معادلة جيمس ـ لانج:

$$S \leftarrow PR \leftarrow E$$

في حين أننا نعتبر أن التسلسل هو:

$$S \rightarrow E \rightarrow PR.$$ [٥٥]

ويتمثل النقد الموجه لنظرية جيمس ـ لانج في أن الاضطرابات الانفعالية التي يقال أنها سبب الشعور بالانفعال توجد في حالات ليست لها صبغة انفعالية فالإنسان يرتجف ويشحب وجهه في حالة الخوف كذلك إذا كان مصاباً بالبرد، كما أن العرق يغمر جسم الإنسان في حالة الحمى دون أن يكون لذلك تأثير انفعالي، كذلك فإن القلب تزداد ضرباته في حالة الخوف كذلك الأمر عقب الجري وقد أجريت تجارب على القطط قطعت فيها الاتصالات العصبية بين المخ والأحشاء بحيث صعب على الحيوان إدراك حالة أحشائه ومع ذلك استمر الحيوان يبدي علامات الغضب والزمجرة (٥٣: ١٣٠، ١٣٨).

الفصل العاشر

الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب

مقدمة:

الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب، والأمراض العضوية.

مقدمة: في الفصل السابق أكدنا من خلال عرض الكثير من الدراسات والتجارب أن ما نعنيه بمفهوم الاضطراب السيكوسوماتي يعتمد على القياس والتسجيل والملاحظة. ووجدنا فيما سبق من تجارب ودراسات إلى أن هناك أحداثاً ومواقف ومنبهات تؤدي إلى اضطرابات انفعالية، هذه الاضطرابات إذا استمرت وأزمنت تؤدي إلى تغير في بناء الجسم. أي أن هناك اضطرابات انفعالية لها مصاحباتها الفسيولوجية، فهل هذه الاضطرابات هي نفس ما نسميه بالعصاب Neuroses؟، وهي مجموعة من الأمراض التي يصطلح على أنها اضطراب في الحالة الانفعالية Disorder of Emotional أو اضطراب في العاطفة Affective disorder كما سبق الإشارة[٦٧]، وتكون لها مصاحباتها الفسيولوجية أيضاً. ففي القلق تكون له مصاحباته الجسمية Somatic Manifestation of a. كجفاف الحلق، وزيادة ضربات القلب وذلك نتجية للمخاوف التي تعم الكائن الحي ناتجة عن إدراكه لخطر يحيق به، أو نتيجة لإرجاع الفزع والتي تظهر فجأة. وفي وهن الأعصاب Neurasthenia أيضاً نجد أن الشخص يكون محروماً من الحرب خلال السنين الأولى من الحياة وأهمله والديه المشغولون عنه أو المتمركزين حول أنفسهم، وينمو الشخص ولديه حالة من الخوف وشعور بالوحدة، ويكون غير سعيد وحساس ويجد صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات (١٠٤ : ٣٥)، ويظهر البعض الآخر درجة متوسطة من الاتزان الانفعالي، والمعاناة من ظروف عمل شاقة irksome، وعلاقات عائلية domestique تتسم بعدم الانسجام مما يدفع برد الفعل للنيوراستينا وتتميز المصاحبات الفسيولوجية

للنيوراسينيات بفقد الوزن ونقص النوم، وتعب المعدة، وإمساك وتكريع erucation، وريح بالبطن flatulence، كما يحدث إسراع في ضربات القلب وشحوب وتنميل numbness في الجمجمة وآلام في كل أعضاء الجسم خاصة خلف العنق. وفي الهستيريا Hysteria يكون أساس الاضطراب هو الفشل في مواجهة الواقع مع ميل للتفكك، كما أن المريض يجنى بعض المزايا من كونه مريضاً. وفي الهستيريا يتم التمييز بين نوعين، هستيريا التحول وهستيريا القلق (٥٥: ٢٠٢) ففي هستيريا التحول تحدث للمريض أعراض تحويلية نتيجة مواجهته لمشاكل لم يستطيع حلها أو تقبلها فيظهر عليه مرض جسمي يمكنه بطريقة أو بأخرى من حماية نفسه من هذا الموقف، ومن هنا يصبح معروفاً لماذا لا يكترث المريض كثيراً بهذا العرض حتى ولو كان معطلاً له من الناحية العضوية بشكل خطير ذلك لأنه يشعر بأن الأمر في وجود هذا العرض أفضل م مواجهته للواقع الذي يهرب منه (٤٨ : ١٣٥).

وتتميز أعراض هؤلاء المرضى من الناحية الانفعالية بعدم الاتزان وتقلب المزاج Capricious، والنساوة وتعدد الشخصية، ومن الناحية الجسمية باللزمات tics، والتقلصات، والشلل، والاختلاج العضلي عند الوقوف astasia، وامتناع الخطو abasia، وفقد الحساسية anesthesias، وقيء وإسهال، وتشنجات المرىء esophageal spasm[٦١]. أما في هستيريا القلق فالفارق بينها وبين هستيريا التحول هو أن الهجوم يكون معروفاً بهجمة قلق، وتكون الأعراض محددة أولاً بالأعضاء التي تكون تحت سيطرة الجهاز العصبي اللاإرادي وتتميز الهجمة بهجوم فجائي للقلق مع فزع وتوقع الشر Dread & apprehansion. ويوجد شعور بالضعف وإحساس بأن شيئاً مفزعاً على وشك الحدوث، كما يوجد ضيق في التنفس dypnea، وخفقان في القلب، وأحياناً أرق. وتستمر الهجمة دقائق قليلة وتسكن، ولكن قد تستمر لمدة ساعة أو أكثر، ويتلو ذلك ضعف وتعب (٢٧ : ٢٨٦).

وأما في الأعصبة القهرية والوسواسية فيكاد هذا العصاب أن يستغني عن المظاهر الجسمية ويركز كل أعراضه في المجال النفسي. فنرى المريض تشغل باله أفكار لا تهمه في الواقع، ويشعر بدفعات تبدو غريبة عنه، كما يجد نفسه مندفعاً إلى القيام بأفعال لا يناله منها سرور، لكنه لا يستطيع منها فكاكا، وقد تكون هذه الأفكار المتسلطة غفلا من المعنى في ذاتها (٢٧ : ٢٨٦) وترجع نظرية التحليل النفسي في نمو الشخصية الأعصبة الوسواسية القهرية إلى الإجراءات القامعة والجامدة التي تفرض على الطفولة خلال فترة التدريب على عمليات النظافة (٤٨ : ١٣٥). وتتمثل الأعراض في تكرار عمل الأشياء مصحوبة بعدم القدرة على التركيز وصعوبة في التعرف على الآخرين وتلافيهم، وقدرة محدودة في الاستمتاع بالحياة. وأما بالنسبة للأعراض الجسمية فلا توجد من الناحية النظرية، لكن في الحقيقة فإن كمية القلب الموجودة تكون في العادة كافية لتسبيب التعب وأعراض معدية معوية.

مما سبق يتبين أن العصاب بأشكاله المختلفة له مصاحباته الفسيولوجية التي تعم الجسم بأشمله، سواء أجهزته المعدية معوية أو أجهزته الدورية أو أجهزته الهيكلية. فهل نستطيع الخروج من هذا العرض المختصر بأوجه شبه بين العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية؟ وإذاكان هناك أوجه شبه فهل هناك أوجه اختلاف؟ فما هي؟. وعلى العموم فإننا سنترك للآراء التالية لكل من فيس وانجلش، وماسلو، وزيور وغيرهم أمر توضيح هذه النقاط. يقول كل من فيس وانجلس إن سيكوباثولوجي الاضطرابات السيكوسوماتية لا تختلف أساساً عن تلك العصاب. فنظرية فرويد عن الليبيدو ومفهومه عن القلق مفيدان في ذلك الميدان، كما أنها مفيدان في العصاب فسيكوباثولوجي (١٠٤ : ٣٥). ويقول ماسلو في هذا الصدد مميزاً بوجه خاص بين العصاب والاضطرابات السيكوسوماتية: أنه من أكبر اكتشافات فرويد أن الأعراض العصابية لها وظائف وأهداف وأغراض، وتكتسب آثاراً من أنواع مختلفة (الربح الأول) لكن في الحقيقة هناك الكثير

من الأعراض تسمى عصاب لكنها في الحقيقة ليست مستترة Coping، أولها وظيفة ولها غرض، لكنها تعتبر بصورة أكبر سلوك معبر expressive. ويقول ماسلو أنه لمن المثمر أن نسمى هذا السلوك عصاب فقط والذي يكون في البداية مستتر وله وظيفة. ويذهب ماسلو إلى القول بأن مما يميز السلوك المغطى، والسلوك المعبر هو أن إذا كان العصابي له وظيفة وله عمل بالنسبة للشخص فيجب أن نفترض أن الشخص سيكون أحسن من حالة وجود هذا العرض لديه. وإذا أمكننا أن نجرد المريض من العرض العصابي الحقيقي، فإنه وبناء على النظرية يضر بطريقة أو بأخرى بأن يحدث له قلق أو اضطراب حاد. وإذا كان العرض ليس له وظيفة من ناحية أخرى ولم يلعب دوراً حيوياً ولم يضر فإن المريض سيربح من وراءه. ويذهب ماسلو إلى القول بأننا قد نجد كلا الأعراض المغطاة والمعبرة في أي شخص عصابي، وأنه لمن الأهمية أن نميز بينهما. فالشعور بالضمير الموجود لدى المريض العصابي يؤدي إلى ارتفاع ردود الفعل والتي يحاول الشخص بها التغلب على الشعور بالعجز أو أن يعيش معها في نهاية الأمر. وردود الفعل هذه لها وظيفة حقاً. لكن الشعور بالعجز نفسه يكون أساساً معبر، أي أنه يجعل الشخص سيء. ويقصد ماسلو بالعرض المغطى بأن له غرض ودافع ويكون محدداً أكثر بالبيئة، والمتغيرات الثقافية ويكون متعلماً ويؤدي لتغيير في البيئة وهو وسيلة لإرضاء حاجة أو خفض التهديد ومكونه شعوري رغماً من أنه يصبح لا شعوري، أما العرض المعبر فليس له دافع ويكون محدداً بحالة الكائن الحي كما أنه ليس متعلماً وغير مضبوط ولا يؤدي لتغير في البيئة وليس له غاية في حد ذاته ولكونه ليس شعورياً (٨٩: ٦٢).

ويوضح لنا الدكتور مصطفى زيور ما سبق من كلام بقوله أن الطب يقف دهشاً من مريض يظل يشكو ويتألم لغير سبب واضح، فعند بداية علاج العصاب يقاوم المريض التحليل لأن المرض النفسي يحقق لصاحبه نوعاً من الربح ما كان ليدركه بغير هذا المرض، كالجنود الذين يصابون

بشلل هستيري أثناء الحرب فيحصل على ربحين ربح أولي وهو نجاته وربح ثانوي وهو ما يجنيه من عطف مما حوله فيشبع حاجته لعطف افتقده طول حياته، أو ما يجنيه من عدوان نحوهم بإدخال الهم والشقاء عليهم ويكشف التحليل عن سبب تشبث المريض بالمرض إلى حاجة لإنزال العقاب على نفسه واستخدامه المرض كوسيلة لتعذيب النفس ولقد ذهب لافورجيه Laforgue إلى القول بأن هناك بعض النساء اللاتي يرتبطن بالأشقياء من الرجال، ويذهب لافورجيه إلى أن أكثر الأعراض انتشاراً بينهن هو التدرن الرئوي لأنه أوفى الأمراض بتحقيق ما يطمعن فهي من سجن (ملاز) وعند مرض هؤلاء النساء يندر أن يلجأن لطبيب باطني أو نفسي فليجأن لجراح يكن ضحية مشرطه. ويؤيد ذلك ما نشره جرين آكر Green acre من بحث استقصى فيه بعض الحالات وجعل عنوان «إدمان العمليات الجراحية» Surgical addiction وهناك ظاهرة معروفة لدى أطباء النفس وهي ظاهرة تماثل المريض بعصاب إلى الشفاء من مرضه إذا حل به مرض عضوي خطير كأن أوجاع المرضى العضوي وآلامه قد جعلت آلام المرضى النفسي لا موجب لها (٣٣: ١٣).

الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب:

يفرق الدكتور يوسف مراد بين الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب من نواحي ثلاث: فالجهاز العصبي العامل في العصاب هو الجهاز الإرادي، أما في السيكوسوماتيك فهو اللاإرادي. ويكون القلق موجوداً في الاضطراب السيكوسوماتي أما في العصاب فهو غير موجود هائم طليق، أما العرض فهو رمزي في العصاب وانفعالي في الاضطراب السيكوسوماتي. فالأعراض التي تشاهد في العصاب خاصة الهستيريا والنوراستينا هي ازدياد قابلية المريض للاستهواء والإيحاء، سواء كان الإيحاء ذاتياً أو صادراً عن شخص آخر وازدياد نشاط المخيلة، وبالتالي ازدياد المقدرة على التعبيرات الادعائية التصنيعية وانكماش المجال الشوري أو تفككه وباتالبي تسلط بعض الأفكار والأوهام على المريض. أما الأعراض في الاضطراب

السيكوسوماتي فتتكرر (الاضطرابات الفسيولوجية) بدوام الأسباب المثيرة للانفعال وللتوتر النفسي فإنها تتحول لاضطرابات مزمنة تؤدي في نهاية الأمر لاضطرابات وأعراض وإصابات عضوية. ويمكن تعليل هذا الأثر العضوي المزمن بالنظر في طبيعة الانفعال المزمنـة، فقد قلنا أن الوظيفة الأولية للانفعال تغيير أوضاع الجسم واضطراب وظائفه، ثم يكسب الانفعال وظيفة ثانية هي وظيفة التعبير للتأثير في العالم الخارجي. فإذا حالت العقبات دون صرف التوتر نحو الخارج بطريقة إيجابية يرتد هذا التوتر إلى الشخص نفسه ويتركز الأذى في جسم المنفعل (٥٣: ١٣٠، ١٣٨).

ويذهب مياسنيكوف إلى أنه لا توجد دلائل على أن المرضى المصابين بالهستيريا أو النيوراستينيا يصابون أكثر من غيرهم بمرضى ارتفاع ضغط الدم. ويمكن الاختلاف في أن العصاب في حالات مرضى ارتفاع ضغط الدم يشمل تلك الأجزاء الخاصة من الدماغ المحتوية على المراكز المنظمة لعمل القلب والأوعية، بينما في حالة الهستيريا وغيهرا يكون هذا العصاب ذا صفة مختلفة وموجود في مكان آخر، وبهذا الشكل فارتفاع ضغط الدم ليس مجرد عصاب بل هو عصاب موجه بثقله نحو جهاز الدورة الدموية (٣٤: ٥).

أما الدكتور مصطفى زيور فيوضح جانب الشبه وجانب الاختلاف بينهما فيقول إن ظاهرة التشبث بالنماذج الطفلية في السلوك العاطفي مشكلة دقيقة نلقاها في جميع أنواع العصاب، وفي الأمراض السيكوسوماتية على السواء ولا تختلف هذه الأمراض فيما بينها إلا في نوع النموذج الطفلي الذي يتشبث به المريض ثم في الحيل التي يصطنعها لمصارعتها (٣٣: ١٣).

ويضيف الدكتور عبد المنعم المليجي في تفرقته بين العصاب والاضطراب السيكوسوماتي الفرق بينهما وبين الاضطرابات العضوية البحتة فيذهب في عرضه إلى أن الأعراض في الأمراض الثلاثة تظهر في صورة خلل في الوظائف الجسمية، والاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات

وظيفية من حيث الأسباب والنشأة، وعضوية من حيث الأعراض، وتكون الاضطرابات العضوية ناتجة عن أثر بيئي خارجي مادي معروف. أما الاضطرابات السيكوسوماتية فهي خلل في عضو من الأعضاء دون وجود سبب أصلي وقد يكون هناك تلف في الأعضاء كقرحة المعدة ولا يوجد فيها تلف كالربو. وفي الهستيريا تكون الأعراض الجسمية بديلاً عن أفعال مكبوتة ـ كما سبق ـ كما أن الهستيريا هي عبارة عن عملية تفاعل بين عوامل مكبوتة ودفاع الأناضد هذه الدوافع (العوامل)، وهذه الصراعات تعبر عن نفسها في صورة أعراض جسمية، والاضطرابات الهستيرية يمكن أن تحاكي أي مرض جسمي في أي عضو من الأعضاء أي أنه مرض يمكنه أن يحاكي جميع الأعراض محاكاة رمزية. أما الفرق بين الهستيريا والاضطرابات السيكوسوماتية فيتضح في أن الأعراض في تلك الأخيرة ليس لها دلالة رمزية فهي ليست إشباعات بديلة، وإنما هي المرافقات الجسمية للاضطرابات النفسية (١٨ : ١).

ويلح الكسندر Alexander F. بصفة خاصة على الاختلاف بين الأعراض التحويلية والأعصبة الحشوية ففي العصاب الحشوي لا تكون الأعراض البدنية بديلة عن انفعالات مكبوتة كما هو الحال في التحول بل هي أحداث فسيولوجية مما يصحب هذه الانفعالات عادة، وتعتبر من هذه الناحية إعداداً للكائن الحي للفعل ولكنه إعداد جسمي فحسب أي توافق «داخلي التأثير» على حد تعبير كانون. ولكي يكون التكيف وبالتالي تخفيف التوتر كاملين فلا بد من توافق «خارجي التأثير» أي فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير مناسب عن الانفعال. وعندما تزمن حالة من هذا القبيل تصبح مرضية ومصدراً للمرض. وهنا تكون الأعراض الجسمية خالية من كل مغزى نفسي ورمزي وكل ما هنالك أنها أثر بدني مباشر أو غير مباشر للصراع، وهكذا لا يكون العصاب الحشوي مثل ارتفاع ضغط الدم محاولة للتعبير عن انفعال أو محل صراع وإنما هو (ارتفاع ضغط الدم) مصاحب فسيولوجي ثابت أو نوبي لحالات انفعالية مستعادة (٨: ١٤١).

ويزيد فيس وانجلش كلام الكسندر توضيحاً فيقولان: هناك اضطرابات سيكوسوماتية معينة جرى الكلام على أنها أعصبة (أعصبة حشوية في كلام الكسندر). ومن وجهة النظر السيكولوجية يوجد أنواع مختلفة من أعصبة العضو organ Neurosess التي تعتمد على شدة الاضطراب، وهناك اضطرابات وسط في وظيفة العضو، وهي الاضطراب السيكوسوماتي، والذي هو هستيري الأعراض، ويكون الكلام عنه كظاهرة تحول في أنه تعبير بديل للتوتر الانفعالي الذي لم يستطع أن يجد المنفذ الكافي. والتعبير البديل يكون رمزياً، مثل، القيء العصبي والذي قد يعبر، كجزء من معناه، عن القرف disgust اللاشعوري. وتوجد اضطرابات أخرى يشار لها بالأعصبة الحيوية vegatative neurosis، وتظهر هذه ليس كمحاولة للتعبير عن انفعال، لكن كمصاحب فسيولوجي لحالات انفعالية دائمة أو متكررة. والأعراض الجسمية في هذه الحالة ليست تغيرات بديلة لانفعالات مكبوتة لكنها مصاحبات فسيولوجية عادية لحالة انفعالية (الكسندر)، وتوافق بين الكائن الحي لواجبات وموقف الخطر. كما أنها تمثل تكيفاً للعمليات الحيوية الداخلية (الهوميوستازي). فضغط الدم المرتفع elevated، مثلاً، لا يخفف الغضب، أنه يظهر في مكان التوتر الانفعالي المزمن (زائد عوامل أخرى) يجعل الحالة معتلة morbid ـ المرض العضوي السيكوسوماتي. Psy. organic D. وأي اضطراب في الجهاز العصبي الحيوي يستحق دراسة النفس مثلما يستحق دراسة الجسم وغالباً ما يبرهن على أنه علة سيكوسوماتية (١٠٤ : ٣٥).

ولقد أثارت «الفروض النفسية الجسمية» عدداً من التحفظات (م. بونابرت ١٩٤٩). وقد حاول فينكيل أن يحدد الموقف. ويرى أنه يجب التمييز في المجال الفسيح الواقع بين الظواهر التحولية والاضطرابات الجسمية التي تخضع لتفسير بدني مرضي خالص بين:

أولاً: مكافئات (مصاحبات) الانفعالات وتتكون من المرافق

الفسيولوجي لانفعال مضمونه النفسي المكبوت ومثالها المكافئات الجسمية للقلق (فرويد) وبعض أنواع عصاب القلق.

ثانياً: الاضطرابات الكيمائية للشخص المحروم من الإشباع وهي «الأعصبة الفعلية» التي قال بها فرويد والتي تظهر في ضعف الأنا بسبب الطاقة المستهلكة في الصراع كما تظهر في أعراض إيجابية مثل الأحاسيس المؤلمة بالتوتر والميل غير المفهوم إلى تفريعات وجدانية غير ملائمة (القلق والغضب).

ثالثاً: النتائج الجسمية لمواقف وجدانية لا شعورية كقرحة المعدة.

رابعاً: توافيق من هذه الحيل المختلفة في التحول، ويبدو أن هذه التوافيق هي القاعدة العامة المسيطرة على توليد «أعصبة الأعضاء الحشوية».

ويذهب لاجاش إلى القول بأنه يحسن تفادياً للس وسوء الفهم أن نقول أن وجود العمليات المرضية على أساس عضوي بحت أمر لا مراء فيه فلا يكفي أن يوجد خلل جسمي مع وقائع نفسية لكي يوصف الخلل بأنه «عصاب حشوي».

وفي مقابل ذلك يحسن التنبيه إلى أنه إذا لم يكن كل مرض جسمي مردود إلى باعث نفسي فإنه يقوم بدور الباعث. فكل ما يحدث في الكائن الحي يؤثر على الصراعات الفردية إلا أن ذلك لا يخول لنا أن نستخلص أية نتيجة تتعلق بأصل المرض. إذ أنه يمكن الحكم عن الحُمي أن تسبق الاكتشاف الطبي لورم، ويحدث الاختلال في وظائف الجسم آثاراً مباشرة على الحياة الانفعالية وعلى النشاط وعلى طبيعة الصراعات الغريزية وشدتها ويتم ذلك بصفة خاصة بواسطة الترابط العصابي الهرموني.. وقد يسعى المريض بقدر متفاوت من الوعي إلى مضاعفة مرضه والاحتماء به ويمكن أن يوقظ المرض عصاباً كانت له بذور في الطفولة أو أن يثير ما يسميه فرنزي «باتو نفروز» (العصاب الناتج عن مرض جسمي)، وفي حالات

أخرى فإن ظهور المرض الجسمي يشبع حاجة مازوكية إلى معاناة العذاب يؤدي إلى جعل العصاب غير ذي موضوع (وهذا ما يسميه فينيكل الشفاء بالمرض) (٨: ١٤١).

ولا يترك فيس، انجلس ـ على عهدهما ـ ما سبق دون توضيح وإفاضة عندما تكلما عن عصاب العضوي فقالا إنه غالباً ما تكشف الانفعالات عن أمراض عضوية، ويكون ذلك غالباً بعد مرض معدي، وتوضيح ذلك هو أن المرض العضوي ينتج العصاب في حين أن التفسير الحقيقي هو أن تلك العملية العضوية تضعف دفاعات الفرد ويحدث النكوص مما يسمح للعصاب بالظهور. والموضوع الهام في المرض السيكوسوماتي هو التحول من المستوى العقلي للتعبير الجسمي. وغالباً ما يؤدي التحسن في الأعراض في الأعصبة العضوية نتيجة للعلاج لأعراض عقلية مثل اضطرابات المزاج وأحياناً حالات جنون واكتئاب. وأحياناً في المرض السيكوسوماتي عندما نتخلص من الأعراض بواسطة الطب والجراحة أو العلاج دون حل المشكلة الرئيسية وهي الصراع الانفعالي، تظهر الأعراض الفعلية.

وفي مقال لجلفي Jelliffe عن ثمن الشفاء What price Healing قدم عرضاً لمريض عنده تقلص في المثانة ذات أصل نفسي، والذي أراح توسيع dilatation المثانة أعراضه البولية، لكن تبع ذلك بسرعة وقوعه في الذهان. مثل هذه الحالات تدعو إلى الانتباه والحذر قبل إجراء العمليات الجراحية للمريض بضرورة فحصه سيكولوجياً (١٠٤ : ٣٥).

الخلاصـة:

١ ـ على الصفحات السابقة تعدت معالجتنا لأوجه الشبه والاختلاف بين العصاب والاضطراب السيكوسوماتي أمراض وأعراض أخرى.

٢ ـ وكان الدافع من وراء ذلك العرض ما لمسناه في تجارب الفصل السابق (الفصل الرابع) من أن هناك اضطرابات انفعالية واضطرابات

فسيولوجية تؤكد مفهوم «الاضطراب السيكوسوماتي» باستمرارها لمدة طويلة، وقد يستوي هذا الأمر مع ما نجده في حالات العصاب ومصاحباته الفسيولوجية، وقد قمنا بعرض موجز لبعض أشكال العصاب موضحين أعراضها الانفعالية والجسمية وذلك كبداية لتوضيح أوجه الشبه والاختلاف بينهما.

٣ - استعرضنا آراء فيس وانجلش واللذان ركزا رأيهما في أن سيكوباثولوجي السيكوسوماتيك استخدام تام وامتداد للعمليات التي تتم في العصاب، وقد انحصر رأيهما في ذلك دون توضيح، لكن رأيهما في نواحي أخرى كان مفيداً، ثم استعرضنا رأي ماسلو والذي ميز بين الأعراض المستترة Coping تلك التي في العصاب وهي الأعراض التي تخدم غرض وهدف لدى المريض، وبين الأعراض المعبرة expressive تلك التي تكون في الأعراض السيكوسوماتية وهي الأعراض التي ليس لها هدف أو غرض. وقد أكد مصطفى زيور الربح الأول والثانوي الذي يجنيه مريض العصاب.

٤ - تبين لنا من العرض السابق الفرق بين العصاب والاضطراب السيكوسوماتي من نواحي ثلاث هي الجهاز العصبي، والقلق، والأعراض، والفرق بين ما يترتب على الانفعالات المؤقتة والانفعالات المزمنة من أثر على الجسم حيث يترتب على الأولى تغيرات تزول بزوال الانتقال وعلى الثانية تغيرات في بناء الجسم.

٥ - تبين لنا كذلك أن النكوص في العصاب والاضطراب السيكوسوماتي يكون موجوداً وهو ما عُبر عنه «بظاهرة التشبث بالنماذج الطفلية»، ويكون الاختلاف في نوع النموذج الطفلي وفي الحيل التي يصطنعها لمصارعتها.

٦ - شملت المقارنات ليس بين العصاب والاضطراب السيكوسوماتي فقط بل وبين ذلك الأخير وبين حالات الهستيريا والأمراض العضوية حيث تكون تلك الأخيرة ناتجة عن أثر مادي معروف أما في الهستيريا فتكون

الأمراض بديل عن أفعال مكبوتة وفي الأمراض السيكوسوماتية تكون مصاحبة لاضطرابات انفعالية وكذلك الأمر في الأعصبة العضوية أو ما تسمى بالحشوية أو الحيوية.

٧ ـ وأن رأي فرويد في هذا الصدد لهو خير ما نختتم به هذا الفصل حيث قال في بحثه عن اضطرابات الأبصار النفسية الأصل «.. إن الصلة ما بين الاضطرابات العصابية للأبصار والاضطرابات النفسية الأصل للأبصار هي بصفة عامة شبيهة بالصلة بين الأعصبة العقلية والأعصبة النفسية، فاضطرابات الأبصار النفسية الأصل نادراً ما تحدث بغير اضطرابات عصابية. ولو أن هذه الأخيرة يمكن تأكيد أن تحدث دون الأولى..» (٥: ٣١٣).

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات السيكوسوماتية: نموّها وتكوينها، وتشخيصها

أ - نمو وتكون الاضطرابات السيكوسوماتية.
ب - تصنيف الأعراض السيكوسوماتية.
جـ - تشخيص الأعراض السيكوسوماتية.

عرضنا في الفصل السابق على نحو مفصل الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض الاضطرابات الأخرى كالعصاب والمرض الجسمي، وذكرنا أن بعض الاضطرابات العصابية كالنيوراستنيا يكون الشخص فيها محروماً من الحب خلال السنين الأولى من الحياة والبعض الآخر يكون أساسها الفشل في مواجهة الواقع. ولكي نكون أكثر التزاماً بما قلناه في بداية الفصل الثاني من أن: «تضييق الباحث للمشكلة قبل أن تتوفر لخياله الفرصة الكافية لرؤيتها من زوايا وأبعاد مختلفة قد يؤدي إلى إغفال المدخل الأكثر سلامة وصحة لمعالجتها»، فإننا في هذا الفصل سنلقي على عاتقنا توضيح كيفية تكون الاضطرابات السيكوسوماتية وتصنيفها ووسائل وطرق تشخيصها المختلفة.

نمو وتكون الاضطرابات السيكوسوماتية

في بداية نمو الفرد لا يتميز النفس والجسم، وبالتدريج فإن نواحي الجسم والنفس للشخص النامي تصبح متضمنة في عملية علاقات متبادلة. ومن أجل النمو الصحي المبكر للجسمنفس، توجد حاجة لبيئة كاملة تتكيف بنشاط لحاجات الجسمنفس الحديث التكوين والذي هو الطفل الرضيع في بداية الأمر. والبيئة غير السوية يؤدي الفشل في التوافق معها لاضطراب في استمرار كينونة الفرد الجديد. وفي البداية فإن البيئة السوية تتمثل في البيئة

الجسمية بالنسبة للرضيع في الرحم، وتنمي البيئة خصائص جديدة تتطلب اصطلاحات جديدة وصفية مثل الانفعالي أو الاجتماعي أو النفسي. ومن بين هذا تظهر الأم السوية بقدرتها على عمل تكيف نشط لحاجات أولادها وذلك من خلال حبها الذي يمكنها من معرفة حاجات الرضيع خلال عملية التقمص ومن عزل الطفل عن الظواهر التي لا يكون قادراً على فهمها أي جعل عالم الطفل بسيطاً ما أمكن ذلك (١٠٥ : ٢٠١).

وتقول دنبار عن أثر العوامل الانفعالية على الأم أثناء الحمل أن الجنين يكون حساساً حتى للصوت، فالأصوات غير المتوقعة تجعل القلب الذي لم يولد يدق بسرعة، كما أن الاضطرابات المتكررة تنقص من الطاقة التي تساعد على بناء الجسم والنسيج العصبي.

كذلك فإن هناك الكثير من المشاكل الخاصة بالتوافق للبيئة العامة القريبة التي تحيط بالرضيع نظراً لحساسيته العميقة بدرجة عالية لكل ما حوله وما يقع فيه الآباء من أخطاء. وكما أن إشباع النواحي البدنية له آثاره على النواحي النفسية فإن العكس كذلك صحيح. فالطفل الصغير ممكن أن يتأثر بالخوف والغضب، إذ أنه يكون حساساً جداً لما يحبه ويكرهه الكبار ويكون لذلك ردود فعل من حب وكراهية على نفسه وتسمى هذه الحالة بالعدوى الانفعالية Emotional Contagion. كما أن اندفاع الكبار في الغضب يعتبر صدمة للطفل وخاصة في السنة الأولى إذ يعتبر ذلك وضعاً لبذور عدم التوافق النفسي والذي سوف ينمو مع الطفل، كما أنها تترك آثارها على الطفل العادي الذي يتعرض لها (٦٨ : ١٢٠، ٢٠٩، ٢٥٤).

ويقول سونتاج Sontage موضحاً النقاط السابقة أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بحياة الأم الانفعالية والبيئية والجسمية فأي اضطراب يحدث للأم ينعكس على الطفل والمثال على ذلك اضطراب حركة الجنين في بطن الأم نتيجة لاضطرابها انفعالياً مما يؤثر في إفرازات الغدد وهذا يؤدي بدوره إلى تغير في الدم وتركيباته والجنين الذي يخضع لهذه المنبهات والمثيرات

المتكررة نجده بعد الولادة في حالة تهيج، فالتهيج الذي يظهر عليه أثناء الحمل ربما يلازمه طول حياته، والأطفال الذين لا يتناولون غذاءهم بانتظام ثم لا يهضمونه أو يتقيئونه يكون في الغالب قد حدث لهم مثل هذا الاضطراب أثناء الحمل. ويورد سونتاج أمثلة أخرى لذلك كالأم التي تعمل على آلة تحدث صوتاً عالياً مزعجاً مستمراً فاستجابة الجنين لذلك المنبه تكون بالتهيج، وبعد الولادة نجد أن أعضاء الطفل عاجزة عن أداء وظائفها ويكون في هذه الحالة في حالة تقبل عام لأمراض سيكوسوماتية معينة مثل الربو والإكزيما، وهذا ينتج من المؤثرات الخارجية المحيطة به.

ويورد سونتاج كذلك ما حدث لطفل عمره ١٨ شهراً من إسهال نتيجة لشعوره القوي بعدم أمان أمه على والده الذي أبحر في غزوة حربية وعرفت الأم أنه لن يعود. ليس ذلك فقط بل أن الطفل قد يستخدم قلق والديه من أجل تغذيته وسيلة للامتناع عن الطعام كعدوان على والديه لأي سبب ما، حيث يترتب على هذا الامتناع تدهور في صحة الطفل وتوقف في نموه.

إن بيئة الطفل الصغيرة الضيقة لها دور خطير في ظهور الأعراض السيكوسوماتية، وأخطر ما في البيئة تأثيراً على الطفل والديه إذ أن أي قلق أو إهمال من جانبهما يؤدي إلى سوء التوافق معهما أو مع غيرهما من الراشدين المحيطين، وتكون ردود فعل ذلك عند الطفل عبارة عن استجابات في حركات القناة الهضمية وإفرازاته المختلفة وغير ذلك من وظائف الجسم، ومثل هذه الأمراض السيكوسوماتية تعبر عن محاولة من جانب الطفل للحصول على اهتمام زائد، أو تكون استجابة عدوانية للإحباطات التي مر بها الطفل (٩٩ : ٤٨٨).

وهناك بحوث تناولت بعض العوامل من حيث علاقتها بنمو العرض السيكوسوماتي مثل عدد وجنس الإخوة والأخوات ومركز المريض بالنسبة للإخوة في السن والفروق الجنسية والنقص بالأسرة كالذي قام به كل من: مايو، وريوبل Reupple A. & Hau T.F. عن: شكل عائلة المرضى

السيكوسوماتـي، وكانت نتائج هذا البحث أن المرضى الإناث اللائي يكون ترتيبهن الأسري في الوسط لا يكون لهذا الترتيب أي أثر مهيء لظهور الأعراض السيكوسوماتية كما أن المركز في الأسرة لا يكون له أثر واضح على بناء العضو الذي نمت فيه الأعراض (٨٣: ٤٨٩).

وفي دراسة لمسنر في نفس الإطار عن التفاعلات الأسرية والعملية السيكوسوماتية تبين له أن المريض يتسم تفاعله الأسري بعدم النضج الانفعـالي، كمـا أن هنـاك أحـداث انفعـاليـة هـامـة معينـة ممكـن أن تـؤدي لاضطراب في توازن العلاقات الانفعالية داخل الأسرة (٩٠: ١٧١).

وعلى النحو السابق تبين لنا الأسلوب والإطار الذي من خلاله تنمو الاضطرابات السيكوسوماتية لدى بني البشر والأحداث التي تعضد هذا النمو سواء كان ذلك في البيئة الرحمية أو البيئة الاجتماعية. ويبقى أمر يجب توضيحه وهو كيف تتكون هذه الاضطرابات؟ يقول وليم مننجر منروليف في هذا الصدد أن الأمراض الجسمية التي تسببها الصراعات النفسية العميقة الجذور تكون على النقيض من الأعراض الجسمية التي تسببها الاستجابات الانفعالية لموقف معين وقتي. ففي الأخيرة لا يوجد في العادة ألم جسماني ويغلـب أن يكـون عـدم الارتيـاح فـي أقـل درجـاتـه ولا يحتـاج المـرء فيهـا لاستشارة طبيب أما في الأولى وهي حالات الأعراض التحولية فإنه يوجد دائماً آلام جسمانية أو ضعف وعدم قدرة ولا يلبث الفرد آجلاً أو عاجلاً أن يضطر إلى البحث والاستعانة بالطب النفسي أو البشري ليريح نفسه منها.

وفي حالات الحيل التحويلية يحاول الأنا أن يوجه النزعة المحرفة التـي تبـدأ مـن الطبقـات العميقـة مـن الـلاشعـور إلـى نـوع مـن الأعـراض الجسمية، هنا يقال أن النزعة قد تحولت أو «تنكرت» في صورة استجابة جسمية عضوية وعلى هذا يمكن أن يطلق عليها تعريف عرض تحويلي Conversion وعامة ما نجد أن تلك التعبيرات الجسمية التي تعتبر أجزاء مكملة للاستجابة الانفعالية العابرة تمر وتنتهي عندما ينتهي المثير الأصلي

للاستجابة الانفعالية، ولا يشذ عن هذه إلا الحالات التي يكون فيها ذلك المثير مستمراً لفترات طويلة.

وتسبب بعض الأعراض التحولية التس تستمر لفترات طويلة تغيرات جسمية فالشلل الوظيفي قد ينتج عن إتلاف العضلات، والعصبي في المعدة يحدث فيه اضطرابات مستمرة في عملية الإفراز، وتقلصات العضلات قد ينتج عنه في بعض الأحيان حالات القرحة المعدية. وهناك أنواع أخرى من التغيرات العضلية التي يمكن أن تحدث نتيجة لصراع انفعالي لا شعوري مزمن (٤٦ : ٩٤، ١٨٢).

ويذهب ماسلو في عرضه للأعراض السيكوسوماتية إلى القول بأن التمييز بين العرض المستتر، والعرض الظاهر يكون مفيداً في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية وكيفية تكونها حيث أدى مبدأ الحتمية في ذلك الميدان لأضرار عظيمة. فقد أخطأ من عرف «الحتمي» determind «بالدوافع اللاشعورية» كما لو أنه ليس هناك محددات أخرى للسلوك، فيعتبرون مثلاً النساوة وفلتات اللسان وفلتات القلم محددة بالدوافع اللاشعورية وحدها. ووجهة النظر هذه لا اعتراض عليها في ميدان العصاب لأن كل أعراض العصاب دافعها لا شعوري (إلى جانب محددات أخرى بالطبع».

وفي ميدان الاضطرابات السيكوسوماتية فإن هذه الوجهة من النظر خلقت قدراً كبيراً من الاضطرابات، فبالنسبة للعديد من الاستجابات الجسمية نسبياً نجد أنه ليس لها وظيفة أو هدف أو دافع شعوري أو لا شعوري، كما سبق أن بينا. ومثل هذه الاستجابات كارتفاع ضغط الدم والإمساك وقرحة المعدة، تكون نتاج لسلسلة معقدة من العمليات الجسمية والنفسية فلا يوجد إنسان يرغب أن يصاب بالقرحة أو ارتفاع ضغط الدم أو هجمات التاجي (تاركين جانباً للخطة سؤال الكسب الثانوي). وبكلمات أخرى، مثل هذه الأعراض عادة ما لا يكون لها ربحاً كما في عرض

العصاب العام. والمثال على ذلك ما وجد في مكسوري العظام في حالات مستهدفي الحوادث عند دنبار فإهمالهم في العمل من جانب رؤسائهم أدى إلى كرههم له وهذا ارتبط بوجود نسبة كبيرة من كسور العظام في الحوادث لديهم، لكن هذه الكسور هي مصيرهم، وليست هدفهم، وهذه الكسور ليس لها هدف أو وظيفة. ويذهب ماسلو إلى القول بأنه من المسلم به، ومع أنه ليس من المحتمل، أن مثل هذه الأعراض الجسمية كما ذكرنا قد تحدث نتيجة ربح عصاب أول.

ومثل هذه الحالات من المستحسن تسميتها أعراض تحول أو على الأكثر أعراض عصابية. وفي حين أن الأعراض الجسمية هي الربح الجسمي غير المرئي Unforseen Somatic price، أو هي ظاهرة غير طبيعية للعمليات العصابية فإنه من المستحسن تسميتها بعنوان آخر مثل: عصاب جسمي Physioneuroses أو كما اقترحنا أعراضاً جسمية معبر عنها expressive Somatic symptom. وهي تلك الأعراض المعبرة أو هي في حقيقة الأمر جزءاً من حالة شؤون الكائن الحي العامة مثل الاكتئاب، وسلامة الصحة، والنشاط، والبلادة apathy.. الخ، فإذا كان الفرد مكتئباً فإنه سيكون مكتئباً باستمرار. والإمساك عند هذا الشخص لا يكون مغطى not coping لكنه تعبيري رغماً من أنه يكون عرض مرضي مغطى لدى مريض آخر، مثل الطفل الذي يحب برازة كاستجابة لكراهية اللاشعورية لأم مزعجة، ومقالة سونتاج Sontag L.W. توضح ذلك.

والمثال الآخر كذلك حالة امرأة وجد عندها حب شباب أدى إلى تشويه وجهها. وظهرت حالتها أساساً في ثلاث حوادث هامة متفرقة ارتبطت بضغوط انفعالية وصراع حول المشاكل الجنسية. وجاء المرض الجلدي في كل مرة ليمنع المرأة من القيام بأي اتصال جنسي، كما لو كان ظهور حب الشباب رغبة لا شعورية لتفادي المشكلة الجنسية، أو كما يقترح سونتاج كعقاب مفروض على الذات لأفعالها الخطأ. ولقد ذهب

بعض الكتاب إلى أن حب الشباب عرض عصابي، وفي حالات أخرى فهو ليس كذلك (٨٩: ٦٢).

ويذهب ماسرمان إلى القول بأن كل الدوافع تنتج من الأحشاء ومن الحركات البدنية الهيكلية وعندما لا تكون تلك الأخيرة مريحة بالنسبة للمريض وللعائلة أو الطبيب، يشار إليها بإفاضة بعض الشيء على أنها «اضطرابات سيكوسوماتية».

تشخيص الأعراض السيكوسوماتية

يذهب فيس وانجلش إلى أن هناك نوع من الافتراضات تساعد في التشخيص السيكوسوماتي مثل: التاريخ الأسرى الذي يبين الجوانب النفسية والاجتماعية مثل تقمص أب مريض، ووجود شواهد لعصاب في الطفولة والتي تعتبر مقدمة لعصاب الشباب، والحساسية لعوامل انفعالية خاصة والتي تحدث في البلوغ، والزواج، وميلاد الطفل، وبناء الشخصية الخاص، والسلوك الخاص.

معادلة النقاط الست لهاليدي في تشخيص السيكوسوماتيك:

لقد نما مفهوم السيكوسوماتيك لدى هاليدي من خلال معادلته الآتية والمكونة من ست نقط: Halliday.s six point Formula.

(١) **الانفعال كعامل معجل:** يذهب هاليدي إلى أن الفحوص التي تجري على المرضى تبين أنه في نسبة عالية منهم تظهر وتتكرر العمليات البدنية عند مواجهة أحداث انفعالية، إذ عندما قام بفحص مرضي لديهم اضطرابات سيكوسوماتية وجد أن المرض يكون غالباً مدفوعاً باضطراب انفعالي والذي كان استجابة غير مفهومة لحادثة واضحة الاضطراب. وأحياناً يبدو أن طبيعة الحادثة بسيطة بالمعنى الموضوعي وغير كافية في حد ذاتها لتسبيب رد فعل انفعالي عميق في أي شخص «عادي»، لكن عند

بحث شخصية المريض- وتاريخ حياته الماضي، نجد أن مثل هذه الحوادث الصغيرة تكون كالقشة «Las straw» التي قسمت ظهر البعير.

(٢) **نموذج الشخصية**: ويذهب هاليدي إلى القول بأن كل نموذج خاص من الشخصية يميل لأن يكون مرتبطاً بمرض خاص، كما يقول بأنه من البديهي أن نماذج مختلفة من الأعراض أو الأمراض قد تكون تعبيرات لأنماط مختلفة من الشخصية تنطبق خاصة على الأمراض السيكوسوماتية، وهذه الوجهة من النظر ما زالت في بدايتها. ويصف هاليدي أربعة نماذج منها هي:

(أ) النموذج الهستيري أو المسرحي H. Histrionic T, وهو الذي يتعلق بالهستيريا من حيث مظاهرها الجسمية سواء كانت اضطرابات حسية حركية (مثل الشلل أو التقلص أو الآلام الشديدة) أو كانت اضطرابات آلية.

(ب) النموذج الزائد الحساسية كما في الربو.

(جـ) نموذج القرحة، وتأكيد الذات، وكفاية الذات، وزيادة النشاط، كما في قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم.

(د) نموذج الروماتيزم والتضحية بالذات، وتحديد الذات كما في روماتيزم المفاصل. وأن الأشخاص الذين تظهر لديهم عللاً سيكوسوماتية تظهر لديهم عموماً اتجاهات وسواسية.

(٣) **معدل الجنس (ذكور ـ إناث)**: ويذهب هاليدي إلى أن هناك اختلاف هام من ناحية الجنس في هذه الاضطرابات إذ نجد الزيادة لدى الذكور في بعض العلل مثل الربو لدى الأطفال، وقرحة الاثني عشر، ولدى الإناث في علل أخرى كجحوظ العين exophthalmic goitre ومرض المرارة gallbladder وروماتيزم المفاصل. وهذا يختلف من وقت لآخر فخلال القرن الماضي زادت قرحة المعدة بين الإناث لكن في أيامنا هذه زادت بين الذكور وعلى العكس من ذلك حيث كان مرض البول السكري هو مرض الذكور، وصار الآن مرض الإناث.

(٤) الارتباط بعلل سيكوسوماتية أخرى: قد تحدث بعض العلل السيكوسوماتية المختلفة لدى الفرد في آن واحد، لكن الظاهرة الأكثر عادية كما يتضح في تاريخهم هي تلك التي تكون نتيجة لعلل مختلفة. ولا توجد سجلات واضحة كافية من العلل المرتبطة اللاحقة فيما عدا ما نجده بوضوح في الربو والإكزيما والحكة والصداع النصفي واستمساك البول. وإن تتابع قرحة المعدة، والربو الشعبي ليس شائعاً في تاريخ الطب لدى الأشخاص متوسطي العمر المؤمن عليهم.

والاضطرابات النفسية المرتبطة بالسيكوسوماتيك هي:

العصاب النفسي: يتبين من دراسة التاريخ الطبيعي للعلل السيكوسوماتية أن الأمراض النفسية العصابية قد تصحب أمراض عضوية سيكوسوماتية أو قد تظهر كاضطراب متقدم أو لاحق (كما سبق). وخلال العلاج بالتحليل النفسي يكون هذا التحول أحياناً مصوراً تصويراً دراماتيكياً (إذا أصبح العرض مسكناً) عندما تأخذ الصورة الجسمية وضعها. وليس من الضروري أن تكون تلك الأشكال الجسمية واحداً من الاضطرابات البدنية المقبولة عادة لحالة القلق أو الهستيريا، لكن قد تأخذ شكل التعبيرات العضوية مثل الحقن المحتقن sore throat ومرض البواسير hemorrhoids والالتهاب الشعبي والطفح الجلدي.

الذهان: idiopathic psychoses كالفصام والذهان الاكتئابي والبارانويا، ولقد اقترح أن ظهور الذهان الذاتي يعطي تعبيراً سيكوسوماتياً غير ضروري، إذ أن المرضى بهذه الاضطرابات غالباً ما يظهرون اضطرابات وظيفية في الجلد، وشواذ في الوضع ويوجد أدلة على أن من بين الذين يعانون من الذهان يكون قادراً أن تكون لديهم عللاً سيكوسوماتية معينة كقرحة المعدة وروماتيزم المفاصل والالتهاب الليفي.

وإن دراسة كتب الطب العقلي تبين أن الاضطرابات العقلية المختلفة مثل العصاب النفسي والذهان تتفق مع المعادلة السيكوسوماتية فيما يتعلق

بالعوامل المعجلة ونمط الشخصية والاختلاف في الجنس والتاريخ الأسري، وهو اكتشاف يشير لنوع من التطابق، والعلاقة بين العلل السيكوسوماتية والاضطرابات العقلية.

(٥) **التاريخ الأسري**: إذ تعطي نسبة عالية من الحالات دلالات تاريخية لآباء وأقارب وإخوة عندهم نفس الاضطراب.

(٦) **ظهور صورة المرض**: ويذهب كل من فيس وانجلش إلى القول بأنه لا بد من أن ننظر للشخص داخل المريض فلقد لاحظنا دائماً أن المريض الذي يصر على أن لديه «مرض جسمي» يكون عرضة لأن يعاني من اضطراب أصله انفعالي. في حين أن المريض الذي يصر على أن «مرضه نفسي» يكون لديه غالباً مرض عضوي. وهناك العديد من المرضى بمرض عضوي متقدم يجتهدون في تضليل أنفسهم بفكرة أن مرضهم «كلهم عقلي».

وينطبق هذا على العديد من الأشخاص العاميين الذين قرأوا بعض الكتب الشائعة في الطب السيكوسوماتي. كما يقولان أنه من الضرورة كما في المرض الجسمي عمل تشخيص كامل وواضح قبل تطبيق العلاج. ويشير التشخيص الإكلينيكي في الطب السيكوسوماتي إلى وجود انحرافات بنائية وفسيولوجية مثلها مثل الاضطراب في الشخصية. فمثلاً في أعصبة العضو فإننا نود أن نعرف عما إذا كنا نهتم بالاضطراب الوسط في الشخصية Mild perso. D. مثل الهستيريا أو نهتم بالاضطراب الشديد في الشخصية مثل توهم المرض. وأنه لمن الأهمية على سبيل المثال في حالة الهسيتريا المعدي معوي الوظيفي أن نعرف عما إذا كانت الأعراض قائمة على أساس هستيريا تحولية أو جزءاً من الصورة الإكلينكية للانقباض والذي يكون اضطراب المزاج فيه محجوباً بشكاوى جسمية. ويظهر التشخيص الدينامي لمعنى وعرض الأعراض أو السلوك في مصطلحات من مفاهيم الشخصية وبنائها وذلك إلى جانب التشخيص المستخرج من المسح الطولي لتاريخ حياة الفرد (١٠٤ : ٣٥).

التشخيص باستخدام الدراسة الطولية

ويقول فيس وانجلش بأنه يلاحظ في الدراسة الطولية أن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر في مراحل تاريخية تسع، أو مواقف تسع يقابلها الإنسان في حياته منذ ميلاده حتى الشيخوخة ويظهر في كل مرحلة أو موقف من هذه المواقف التسع وتتكون مجموعة الأعراض الخاصة به وهذه المراحل هي:

(١) **المرحلة الفمية**: وتقع هذه المرحلة في أولى سني الحياة، حيث يكون إعطاء الحب والطعام للطفل دون مقابل وتتكون في هذه الفترة أعراض مثل رفض الرضاعة، التبرم fretfulness عند انتهاء الرضاعة، والاعتراض protest على الفطام weaning بالصياح والقيء.

(٢) **المرحلة الشرجية**: وتقع هذه المرحلة (Anal S.) من سن واحد لثلاث سنوات حيث تتم في هذه المرحلة تعليم عادات ومسؤوليات النظافة حيث لا يكون ذلك الأمر سهلاً بل يحتاج الطفل لصداقة وفهم وصبر لإنجازها دون قلق. والأعراض التي تتكون هي: مقاومة النظافة بعناد stubbornly، البلل، ووجود إمساك وحنق وتدمير.

(٣) **المرحلة التناسلية**: من سن ثلاثة لست سنوات وهي المرحلة (Genitals.) التي يزداد فيها حب الاستطلاع العام وللجنس، كما تتسم ببداية الميل للاتصال بالأب من الجنس المغاير، وتتكون في هذه الفترة أعراض مثل زيادة الاستمناء، التبرم، عدم الطاعة، العدوان، القسوة، التبول اللاإرادي، توافق صعب مع الأطفال الآخرين.

(٤) **مرحلة الكمون**: وهي من سن ست إلى ١٢ وتتضمن فترة التعليم الأولى، حيث يكون تقمص المثل والسلطة، وتوجد أعراض مثل عدم التوافق الاجتماعي، والتأخر في الدراسة، وعدم الاختلاط في حجر الدراسة والملعب، والانحراف الجنسي، والتشرد truancy والعدوانية والقسوة، والعزلة.

(٥) **مرحلة البلوغ**: وهي من سن ١٢ ـ ١٥ وهي فترة النضوج (Puberty S.) وبداية نشاط الجنس، ووجود قوة زائدة في الحياة الانفعالية الخاص بالحب والجنس، والأعراض التي تظهر: هجمات قلق، خوف من المرض، الموت والكوابيس، الحساسية، والقلق اجتماعي، العزلة، وفقد الشهية والقيء الإسهال، وخفقان القلب.

(٦) **مرحلة المراهقة**: وهي من سن ١٥ ـ ٢١ وهي فترة التعليم الثانوي والجامعي حيث يجد الفرد فيها حاجته لترك المنزل والعيش بين الغرباء وبداية علاقات الحب، والتخطيط لحياة العمل، والحرفة، والمنزل، والزواج، وصراعات بين الدين والمثل وبين السلوك. وتتكون في هذه الفترة أعراض نتيجة لترك المنزل، أو قد تتكون أعراض نتيجة لبداية أو انتهاء الحب.

(٧) **حياة الشباب المبكرة**: من سن ٢١ ـ ٤٠ وفي هذه الفترة على الشباب أن يقرر موقفه حيال الحب والزواج. كما أن الدعم من جانب الوالدين ينتهي بعد سن ٢١ إن لم يكن قبل ذلك، ومسؤوليات الشباب تدفعه للحاق بالشيء سواء كان مستعداً له أم لا. وقد تكون هناك ضغوط بالنسبة للجيش والخدمة فيه، وقد تظهر في هذه الفترة أعراض بالنسبة للخطوبة والزواج والحمل وميلاد الطفل وفقد العمل والفضل في الزواج أو في البيئة الجديدة «عصاب الحرب».

(٨) **حياة الشباب الوسط**: من سن ٤٠ ـ ٦٠ وهي فترة تحقيق أو فقد الطموح المتوقع. وينقطع الحيض لدى النساء وأعراض هذه الفترة تهرم to cope with النساء بانقطاع الحيض ـ الاكتئاب ـ القلق ـ الطلاق ـ الاستجابة للمرض الجسمي ـ مخاوف السرطان ـ الانتحار.

(٩) **فترة الشيخوخة**: وهي سن ٦٠ عاماً فما فوق وهي فترة التعب والاعتماد على الأطفال من كلا الجنسين وأمراض جسمية والحاجة للعناية من الآخرين، تظهر أعراض القلق، وتصلب الشرايين والذي عادة ما يجعل التوافق الاجتماعي صعباً (١٠٤ : ٣٥).

وسائل تشخيص
الاضطرابات السيكوسوماتية

نستعرض فيما يلي أهم الوسائل التي تستخدم في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية ليمكن اختيار أنسبها للبحث والباحث ومن هذه الوسائل ما يلي:

(١) اختبار بقع الحبر لروشاخ: يساعد الروشاخ في مجال السيكوسوماتيك في تحديد عما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أم للذهان. إذ غالباً ما تكون حالات التمرد refractory case في المرض السيكوسوماتي ذهان مقنع. وزيادة على ذلك فالاختبار يقيس درجة الضبط العاطفي، والتي تساعد في معرفة الطاقات التي لم تستخدم سواء في العمل أو المجتمع لكن منعت أو وجدت مخرجاً في الاضطراب في الوظائف الجسمية. وزيادة على ذلك فإنه يبين بدقة أكثر من تاريخ الحياة نوع وكمية الحافز الغريزي الممنوع. فعندما نجد أن كمية من الحافز الغريزي قد كفت في وجود المرض السيكوسوماتي فإننا قد نشك أن هذه الطاقة تلعب جزءاً في تكوين العرض.

ومن ثم فإن الاختبار لا يفيد الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي فقط بل والطبيب الذي يهتم بمعرفة الطاقات الانفعالية غير الموجهة التي تؤدي لاضطراب عمل الجسم. ولقد استخدم هارورر Harrower طريقة الروشاخ في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابات المخية في الحالات السيكوسوماتية. كما وجد كمبل Kempel في تطبيق الروشاخ على مرضى الروماتيزم وارتفاع الضغط والأوعية الدموية والشريان التاجي أن شخصيات معينة ترتبط بأعراض مرض معين. فمرضى الروماتيزم يتميزن بأنهم سلبيين، مازوخيين، ضعاف الغريزة وطفليين، وهستريين.

أما مرضى الضغط المرتفع فيطمحون في القوة، ولديهم كراهية شعورية، ويوجد صراع حاد بين العدوان وحاجاتهم السلبية الاعتمادية.

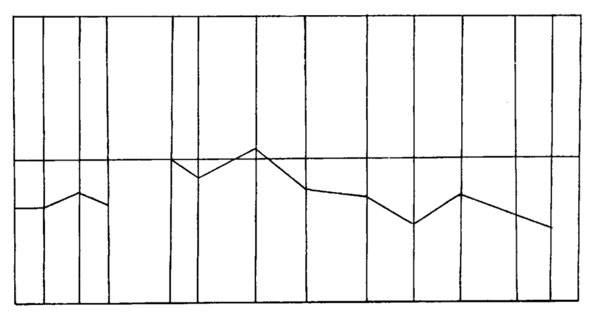
وبين مرضى الشريان التاجي عدوانية متميزة وجهداً ملزماً من أجل القوة والمكانة.

أما روس Ross فله عدد من الدراسات على الروشاخ إذ طبقه على مرضى الصداع النصفي.

وأشارت بوث Booth إلى أن آلام المفاصل المؤلمة انعكست إحصائياً في استجابات الاختبار.

أما رابابورت وشافر فقد ذكرا أن الاختبار لا يعطي تشخيصاً واضحاً في كل الحالات أو وصفاً مفهوماً للتوافق أو سوء التوافق (١٠٤ : ٣٥).

(٢) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: M.M.P.I يعتبر هذا الاختبار من الاختبارات الموضوعية التشخيصية في الحالات السيكاترية ولقد وجدت لهذا الاختبار نماذج من صفحات نفسية تمثل حالات العصاب والذهان. ليس ذلك فقط بل وهناك نماذج للاضطرابات السيكوسوماتية وفيما يلي نموذج لصفحة نفسية للاضطراب السيكوسوماتي:



(٥ ــ جدول الصفحة النفسية للاضطرابات السيكوسوماتية باختبار الشخصية)

ويلاحظ أن المقاييس المرتفعة هي توهم المرض والهستيريا والسيكاثينيا والانحراف السيكوباتي والذكورة والأنوثة والاكتئاب. أما المقاييس المنخفضة فهي البارانويا والهوس الخفيف. كما أن اختبارات توهم المرض والاكتئاب والهستيريا والبارانويا والسيكاثينيا والفصام في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ميزت بين الحالات التي بها ألم حقيقي والحالات التي بها ألم نفسي المنشأ (٦٦ : ١). كما استخدم للتمييز بين حالات روماتيزم المفاصل وارتفاع ضغط الدم وبين الأسوياء في كثير من الدراسات (٨٤: ١٧، ١٨).

(٣) **قائمة كورنل**: ولقد وضع هذا المقياس أساساً كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصبية والطب نفسية، كما يكشف عن حالات القلق وتوهم المرض، والاتجاهات المضادة للمجتمع واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو والقرح الهضمية، ويركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية. وهو أقل كفاية في انتقاء من لديهم اضطرابات كالشلل الهستيري وحالات الذهان المبكر، وهو ليس فعالاً في الكشف عن الحالات الوسواسية (١٠٦ : ١). وسيجيء الكلام عنه تفصيلاً في الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

الفصل الثاني عشر

عمل الميكانيزمات في الاضطرابات السيكوسوماتية "التفسير"

مقدمة:

١ ـ النكوص.

٢ ـ الاستعداد التكويني.

٣ ـ الرمزية والنوعية.

٤ ـ التوازن المتكيف، الصراع والدفاع.

٥ ـ الكبت ذو الوجهين.

٦ ـ رد الفعل لفقد الموضوع.

٧ ـ التحول.

مقدمة: في الفصل السابق عالجنا نمو وتكون الاضطرابات السيكوسوماتية وطرق تشخصيها وفي معالجتنا لها على هذا النحو تعرضنا للكثير من المفاهيم والاصطلاحات مثل: الصراعات النفسية العميقة، التحول، الكراهية اللاشعورية، المصدر الدينامي الشائع (القلق)، الصياح المحبط، مشاعر الذنب اللاشعورية، مراحل النمو..... الخ. وهكذا الكثير من المفاهيم التي يجب أن نشير إلى أصلها لكي نفهم ونفسر ميكانيزمات التوافق لدى مرضى الاضطراب السيكوسوماتي في ضوء هذه المفاهيم.

ويقول جرنكر وزملاؤه في هذا الصدد: يرجع أصل المشكلة الرئيسية في البحث السيكوسوماتي في صعوبة تحديد أي العوامل في الشخصية، وأيها في الخبرة الماضية يكون مرتبطاً صحيحاً بأعراض العضو المصاب organ dysfunction، وذلك نظراً لأن اختيار المتغيرات في الدراسات الإكلينيكية عن الأنظمة النفسية والجسمية لا يأخذ في الاعتبار النواحي الدينامية، فتصير هذه المتغيرات هي القاعدة للأسباب المفترضة للمرض الجسمي نفسي. وتحاول مثل هذه الصياغات أن تربط بين عمليتين منفصلتين (الجسم ـ النفس)، ومهملة الميكانيزمات التي من خلالها ينتج الاضطراب في جهاز ما تغيراً في الآخر (٧٧: ٢٤٩).

ويقول والترج. كوفيل وآخرون في كتابهم «علم نفس الشواذ: «يعتمد

تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على: الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو، والأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد، وعلى وجود بعض الأمراض في هذا العضو عند أحد أقرباء المريض، وعلى طبيعة الضغط الانفعالي، وعلى المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض. كما يعتمد على الكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من خلال العرض الذي انتقاه، ويقول أيضاً بأنه من الممكن تحديد الأهمية النسبية لكل عامل من هذه العوامل بالدراسة الكاملة لتاريخ حياة الفرد (٩٧ : ٢٣١). ثم يقول مورتون ريزر بعد ذلك أن كثيراً من نظرية السيكوسوماتيك الحديثة يعتمد على اكتشافات المحللين النفسيين الأول أمثال: دوتش، سكير، جارما، الكسندر، سبرلنج، كيوبي، Deutsch, Schur, Garma, Alexander, Dunbar, Sperling, Kubie إذ أن أفكارهم التي خرجت من العلاج التحليلي للمرضى دفعت البحث الإكلينيكي والمعملي للباحثين خارج وداخل التحليل النفسي.

إلا أن الطرق التحليلية لم تعد الآن كما كانت مستعملة بتوسع في البحث السيكوسوماتي، وقد يعزى هذا جزئياً لظهور المعلومات الحديثة في علم الحياة مما قاد عدداً من العلماء السلوكيين لإعطاء قيمة للنتائج الفنية والطرق الكمية أكثر من الطرق الأكثر ذاتية مثل التحليل النفسي.

ويحذر فرويد قائلاً: أن الطريقة التحليلية النفسية هي الطريقة النفسية النقية، ومن ثم ترجع بياناتها للدائرة العقلية، ونظريتها لا تستطيع التصدي مباشرة لموضوعات خارج الدائرة النفسية كالموضوعات الفسيولوجية والتشريحية لعدم قدرتها على شرح الأسئلة الفسيولوجية والتشريحية، ولذا لا بد أن تتلاءم وتتكامل تعليمات التحليل مع النظرية الفسيولوجية. وإن اكتشافات نظرية التحليل النفسي ممكن أن تمتد بطريق غير مباشر وراء حدودها كما صورها فرويد حسب قالبه الأول للصورة العقلية (١٩٠٠) والتي منها ممكن افتراض المقابل الفسيولوجي للظاهرة العقلية. ونعرض فيما يلي للمفاهيم الهامة في النظرية السيكوسوماتية والتي تنبع بقدر كبير من

عمل التحليل النفسي (٤٨ : ١٣٥)، والتي تقدم إلى حد كبير تفسيراً لحدوث تلك الاضطرابات.

(١) **النكوص (دور الأنا)**: يؤكد سكير Schur (١٩٥٣، ١٩٥٥) أن النكوص يظهر لدى المرضى ذوي الأوجاع الجسمية المرضية، كما يؤكد وجود تغيرات أولى في قدرة الأنا على إدراك وتقييم المخاطر، ونكوص الأنا يكون لاستعمال أوسع لعمليات التفكير المنظمة كاستخدام الطاقة المؤثرة في استجابة اكتساب العرض الجسمي لمعناه النفسي re-somatization لمواجهة أو عدم مواجهة الخر. ويفترض أن التغيرات في المستوى الشعوري قد تساعد على جعل الميكانيزمات الفسيولوجية ملائمة لحالات الرعب والفزع المفاجيء، Precipation، والشدة Exacerbation والتي تنشط الأمراض السيكوسوماتية.

وفي كل الأحوال يظهر المرض السيكوسوماتي نضجاً عالياً وتكيفاً في وظائف الأنا، وذكاءً، وذاكرةً، واختباراً عاماً للواقع. وأن وظائف الأنا الدفاعية دائماً ما يكون من الصعوبة تقسيمها لكن بوجه عام فإن النكوص لدفاعات بدائية يشاهد في حالة الأنا المتغيرة.

ويتضح هذا في المحاولات النهائية غير الناجحة للأنا للسيطرة على الضغوط الداخلية والخارجية لمواقف الشدة التي تسبق الهجوم (Binger etal, 1945). وتشمل دراسات جايوفاشينا Giovacchini's (١٩٥٩ - ١٩٦٥) ومتشرليخ Mistscherlich's الإكلينيكية، ملاحظات قيمة عن وظيفة الأنا وعلاقتها بنمو الاضطرابات السيكوسوماتية وعن ما ينتج من الغدة الدرقية نتيجة فشل الوظيفة الدفاعية للأنا ظهرت في عدد من التجارب الإكلينيكية السيكوفسيولوجية، كما سيتضح فيما بعد.

وقد أكد إنجل (١٩٦٢) Engel الدور الممكن أن يحدثه فقد الأمل وفقد الموضوع في استجابات الأنا وعلاقتها بأمراض جسمية معينة. كما درس سكاميل (١٩٥٨) Schmale دور الفراق الحقيقي، والرمزية، والضرر

في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي في مقابل ما أكدته الكثير من الكتابات السابقة على دور القلق (٩٧ : ٢٣١).

وفي دراسة لكلوس هوب Klaus D. Hoppe أثناء فحصه لـ ١٣٨ من حالات الاضطهاد في معسكرات الحصر الألمانية حيث ميز في هذه الدراسة بين الأوجاع السيكوسوماتية كوجع الدماغ، والتوتر والأرق وبين الاضطرابات السيكوسوماتية كالربو والقرحة، كما وجد أنه في مجموعة الاضطرابات السيكوسوماتية قد حدث نكوص لدى الجميع فيما عدا اثنين فقط إذ كانوا قادرين على الإعلاء، بينما حدث نكوص لثلثي مجموعة ذوي الأوجاع السيكوسوماتية، وتزايدت القدرة على الإعلاء لديهم مع نقص في الغضب، والذي كان من معوقات الإعلاء.

وتشير هذه النتائج إلى أن الغضب الشديد يقترن بالنكوص، وأن عدم القدرة على الإعلاء يساعد على وقوع الاضطرابات السيكوسوماتية (٨٢ : ٣٢٤). وأن مفاهيم سكير Schur (١٩٥٣ ، ١٩٥٥) عن دور التغير في حالة الأنا في وقوع استجابات القلق والاضطرابات السيكوسوماتية تعتبر من الأشياء المفيدة في الموضوع وهو يفترض وجود نكوص في عدة نواحي من وظيفة الأنا وهي: نكوص في القدرة على مواجهة المواقف العودة لاستعمال واسع لعمليات النفكير الأولى، والعودة لاستعمال طاقة مؤثرة (خاصة عدوانية) في استجابة اكتساب العرض الجسمي لمعناه النفسي لمواجهة المخاطر. وتختص الناحيتان الأولى والثانية بالنواحي الشكلية لعمليات الإدراك والمعرفة والفكر أي النواحي العقلية. وفي حين أن دراسة هذه النواحي يكون بالوسائل السيكولوجية، فإن فهمها ومعرفة عمليات نموها يعتمد كثيراً على الدراسات التحليلة النفسية لمرضى الاضطراب السيكوسوماتي. والشيء الهام يتمثل في جميع البيانات اللخاصة بوقف هجوم المرض، وبمواقف وفترات الشدة exacerbation (٩٧ : ٢٣١)،

(٢) الاستعداد التكويني: وأضاف الكسندر الاستعداد التكويني لنظام مفاهيمه النشوئية، ولقد قام ميرسكي Mirsky (١٩٥٨) بشرح مفهوم

الكسندر، فذهب إلى القول بأنه يعتقد أن الحالة الفسيولوجية (المحددة نشوئياً) غير كافية لنمو القرحة Doudenal Ulcer تلك الحالة التي تتمثل في زيادة إفراز عصير المعدة المهضم في الدم.

ويفترض ميرسكي بأن علاقة الوليد بالأم تلعب دوراً أساسياً في نمو الشخصية وفي تحديد أنماط مواقف الصراع الاجتماعي. وتلك نظرية دائرية أكثر منها مستقيمة لأنها تقترح النتاج الجسمي ـ النفسي ـ Somato- psycho- Somato- أكثر من السيكوسوماتيك. ولقد أيدت دراسة وينر وتاهلر وريزر، وميرسكي (١٩٥٧) Weiner, Thaler, Reiser على قرحة الأمعاء هذا الكلام، والتي استخدموا فيها أكبر مجموعة من مرضى قرحة المعدة والذين ظهر المرض لديهم تحت ظروف التدريب العسكري الأساسي، ولقد أكد ذلك أيضاً دراسة دونجير وزملائه (١٩٥٦)، ووالرستين وآخرين (١٩٦٥) Wallerstein & etal والذي يذهب إلى أن القابلية العالية high propensity للإفراز الدرقي لدى بعض المفحوصين الأصحاء قد تشير لإمكانية قابلية Potential vulnerability هؤلاء الأشخاص للتأثر بالنمو السابق وبزيادة إفراز الدرقية thyrotoxicosis.

ولقد ذهب جرنكر (١٩٥٣) وسكير (١٩٥٣، ١٩٥٥) ودويتش (١٩٥٣) إلى أن الوصف السيكولوجي وحده لا يكون كاملاً لكنهم يفضلون نظام اختيار العضو Choice of organ ، الذي يعتمد أساساً على العوامل النشوئية Gentic أو على التشريط المبكر المتمثل في التثبيات السيكوفسيولوجية أكثر من المصاحبات الفسيولوجية النوعية للعواطف. وبكلمات أخرى فهم يعتقدون أن النوعية تحدد بعوؤامل نشوئية أو بخبرات الحياة السيكوفسيولوجية المبكرة والتي تكون قد حدثت خلال مراحل النمو الحساسة.

ولقد بين كل من سبرلنج (٤٦، ٥٧، ٦٣، ١٩٦٤) وجارما (١٩٥٨)، وجود ميكانيزمات نفسية أكثر نقاءاً في تحديد المرض وفهم

تغيراته الفسيولوجية تتمثل في التعبيرات الرمزية، وفي خبرات النمو وفي محاولات الأنا للسيطرة على الصراع داخل النفس. ويلاحظ أن دويتش كان متأثراً بالدور الممكن لوظيفة الرمز وللميكانيزمات التحولية. ولقد اعتبر كل من إنجل وسكميل (١٩٦٧) Engel & Schmale أن التحول قد يكون في مرات مؤدياً للمرض الجسمي (٩٧: ٢٣١).

(٣) **الرمزية والنوعية**: تعتبر النتائج المتعلقة بالمحتوى الذهني لمرضى الاضطراب السيكوسوماتي من الموضوعات التي تستحق الإشارة لها، ونجد ذلك في كتابات سبرلنج (٦٤، ٥٧، ٦٣، ١٩٦٤)، وجارما (١٩٥٨) الذي حدد الدور الأول للميكانيزمات والعمليات العقلية الأولى مثل التمثل الرمزي والاستدماج introjection (تمثيل الأنا والأنا الأعلى) في تكوين الاضطربات السيكوسوماتية.

ومن ناحية أخرى فإن نظرية الكسندر (١٩٤٣، ١٩٥٠) التي تنظر للتغيرات الفسيولوجية للمرض على أنه لها معنى نفسي بطريق مباشر فإنها لا تكون تعبيراً لنواحي تخيلية للصراع الهام.

ويشعر عدد من الباحثين في ميدان السيكوسوماتيك أن تمييز الكسندر بين الهستيريا والعصاب الحيوي، قد يؤدي لاعتراض كلي لدور ميكانيزم التحول الرمزي في العمليات السيكوسوماتية. ونجد التمثيل الرمزي لعملية المرض في الإنتاج العقلي للمرضى السيكوسوماتيين.

والسؤال الذي يطرح نفسه ما الذي يؤدي إلى المرض خلال ميكانيزم التحويل؟ وقد لا يقدم هذا السؤال الحل النهائي عن طريق الدراسة المسحية لماضي المرضى الذين ظهر لديهم المرض فعلاً. وتضع هذه المشكلة حداً نسبياً وليس نهائياً لطرق دراسة الحالة بالتحليل النفسي.

ويقول كاتب هذا الكلام «إننا بحاجة إلى ملاحظات إضافية متعددة الأبعاد، منتقاة، ومفصلة عن نواحي محتوى العقل مثل التمثيل الرمزي والعمليات الأولى للتفكير» (٩٧: ٢٣١).

ويذهب فرانز الكسندر إلى أن موضوع الخصوصية يؤدي بنا في النهاية للمشكلة الحاسمة والنهائية للبحث السيكوسوماتي، وبناء على رأي مدرسة واحدة في التفكير لا يوجد ارتباط نوعي، فأي توتر انفعالي قد يؤثر في أي نظام حيوي. ويعتمد اختيار الأعراض على تاريخ المريض وتكوينه، فإذا كان ضعيف المعدة فسيكون لديه اضطراب معدة عندما يقع في الغضب، وإذا كان لديه جهاز وعائي حركي واهن فإن سيصبح عالي الضغط تحت تأثير العدوان.

ويقول الكسندر إن رأي معهد شيكاغو للتحليل النفسي هو أن الاستجابات الفسيولوجية للتوترات الانفعالية المختلفة تكون مختلفة، وتبعاً لذلك فإن عطب الوظيفة الحيوية ينتج من مجموعة من الانفعالات النوعية. ويقول الكسندر بأنه كما أكدت فنحن نعرف من التجربة على الحيوان والإنسان أن الحالات الانفعالية المختلفة لها نغمتها الحيوية النوعية. وأن الأعراض الحيوية التي تكون نتيجة للغضب والخوف مختلفة تختلف عن بعضها البعض كما في اختلاف الضحك والبكاء (٥٦ : ٢٧٢).

(٤) **الدفاع، والصراع المتوازن في التكيف**: والمجموعة الأخرى من النتائج هي العلاقة بين الميكانيزمات النفسية التي تخدم التكيف النفسي والاجتماعي من ناحية والميكانيزمات الفسيولوجية التي تخدم الهوميوستازي من ناحية أخرى. ويتضح في أعمال فردمان وآخرين (١٩٦٣) Freidman & etal، ولف وآخرين (١٩٦٤) Wolf etal وجود علاقة متبادلة reciprocal بين تأثير دفاعات الأنا ومستوى النشاط الكظري adrenal تحت الضغط المزمن الذي يعانيه الفرد.

ولقد بينت دراسات ساشار وآخرين (١٩٦٣) Sachar etal، وبوني ومساعديه (١٩٦٥) Bunny، ونابت وآخرون Knap & etal (١٩٦٤، ١٩٦٦) أنه في المواقف السيكولوجية الحادة توجد علاقة تبادل بين تأثير عمليات دفاع الأنا وبين القشرة الكظرية adrenal Cortical وبين إنتاج هورمون النخاع medullary hormonic output.

وبالنسبة للتوازن السيكوفسيولوجي يشير تأثير دفاعات الأنا في تلك العلاقة التبادلية لتأثيره في محتوى الصراع بوجه خاص وتأثيره في منع حدوث الآثار المؤلمة. وهناك حاجة خاصة لدراسات أكثر على المرضى السيكوسوماتين لتحديد ما هي وظائف الأنا التي لا يحدث فيها أي تغير طوال الوقت، وأيها تكون قد تأثرت فقط في أوقات الضغط وأزمات الدفاع.

وعند النظر للتكيف لا بد أن نميز بين وظائف دفاع الأنا التي تخدم التوازن داخل النفس، وبين وظائف الأنا التي تختص بحفظ التوازن بين النواحي الشخصية والنواحي الاجتماعية، وهذا من أجل التمييز بين بعض العلاقات غير المفهومة بين التكامل الفسيولوجي والنفسي اجتماعي وبين حدوث العصاب والذهان والاضطراب السيكوسوماتي.

(٥) رد الفعل لفقد الموضوع: ركزت أعمال انجل وأتباعه (١٩٥٦، ١٩٦٢، ١٩٦٧، Schamale عام ١٩٦٨) الاهتمام على دور الفراق وفقد الموضوع ومكوناتهما المؤثرة في نشوء الاضطرابات الطبية. ولقد وجه إنجل Engel الانتباه لحقيقة هامة وهي أن كل النظريات السيكوسوماتية السابقة ركزت من الناحية الفسيولوجية على الحالات النشطة (Catabolic) الخاصة بالهجوم والهرب (٩٧ : ٢٣١).

(٦) الكبت ذو الوجهين: وإنما نمط الكبت ذو الوجهين bi- phasic repressive يوضح كيف أن الصور العقلية قد تتخذ طابع الدلالة المرضية الشديدة Pathogenic. وفيما يتعلق بذلك قال فرويد أن الصدمة الانفعالية تكون أكثر ضرراً في نتائجها المبكرة على الفرد.

ومن ثم فإنه في الإمكان اختفاء الصدمة المبكرة وعواقبها النفسية كالخبرات غير السارة في النواحي المرضية التي تأخذ شكل التنظيمات التكوينية. وعن هذه الصدمات ذكر أنها خطرة الشأن momentous لأنها تحدث في أوقات النمو غير الكامل، أو هي كوخزة الإبرة في جنين غير تام

التكوين. أو كما يظهر من مفاهيم سكير Schur أن عمليات «تجرد العرض البدني من معناه النفسي» «de- somatization» تكف بخبرات الصدمة المبكرة أو قد توجد محاولات غير مجدية عند العودة لخصائص الطفولة الجسمية المؤثرة، خاصة أثر القلق في حالات الضغط القليل نسبياً. وتضعف قوة الأنا في إبطال تأثير الطاقة، ويجب أن نعلم أن فعل النكوص لا يعيد أبداً خلق السياق الأصلي الذي حدث فيه الاضطراب السيكوسوماتي ككل، لأنه من الصعوبة استخدام الاستجابات التي كانت مميزة للاضطراب السيكوسوماتي في السنوات الأولى أو الثانية أو الثالثة من الحياة.

ويؤكد فرض الكبت ذو الوجهين على أن الأمراض ذات الاشتراك الجسمي الواضح (المسماة حسب الاضطرابات السيكوسوماتية الكلاسيكية: الربو الشعبي وقرحة المعدة) لا يمكن أن تصبح مزمنة إذا لم يوجد بناء عصاب نفسي هام يرجع تاريخه لمرحلة سابقة من النمو، ومع هذا الافتراض لا يمكن إنكار أن هناك سلسلة مكملة من الاستعدادات الفطرية، والصدمات التي يخبرها الفرد في علاقاته بالموضوع، وعلى العكس فإن كلاً من هاتين المجموعتين من العوامل تكون موجودة ومتفاعلة بطريقة خاصة.

وباستثناء الحالات المتطرفة فإن الأعراض العضوية المزمنة قد توجد في الأفراد الذين يفشلون في حل صراعاتهم في المستوى النفسي، لكن الاستعداد الفطري للمرض يشترك الآن في تحديد نمو الصراعات.

والدليل المرضي لهذا التسلسل يوجد في توضيح ميرسكي Mirsky لزيادة الإفراز الخلقي Congenital hypersecretion في كل الحالات، حيث تكون قرحة المعدة قد نمت كمرض «نفسي جسمي - جسمي نفسي» - Somatopsychic psychosomatic.

ويقول الكسندر ميتشرليخ يوجد في كتابات فرويد الأخيرة إشارة

لأسلوب الكبت ذا الوجهين فيقول: يحدث كل الكبت في الطفولة المبكرة، إنه عبارة عن تدابير دفاعية بدائية بواسطة أنا غير ناجح ضعيف. حيث لم يتم كبت جديد في السنوات الأخيرة، لكن الكبت القديم يكون ثابتاً وخدماته مستمرة ليتم للأنا السيطرة على الغرائز. وتصرف الصراعات الجديدة بواسطة ما نسميه «الكبت اللاحق» After R. ثم يواصل الكسندر ميتشرليخ كلامه قائلاً: بدأت ملاحظاتنا من تلك العملية الغامضة بعض الشيء من «الكبت اللاحق». ويقول إننا نرى أن الكبت اللاحق لا يؤثر في الجهاز النفسي فقط لكن يمكن أن ينتج دائماً تغيرات ذاتية مرنة auto plastic change بوظيفة عضو ما أو بالنظام الفسيولوجي للعضو (مثل الدورة الدموية الخارجية peripheral blood.c). وبناءً على هذا الفرض فإن الأمراض السيكوسوماتية المزمنة تحدث إذا لم تكن عملية الدفاع على المستوى النفسي كافية جداً للمحافظة على التوازن.

وبالتأكيد فإن كلا من سكير، وإنجل كانوا صادقين في فرضهم وهو أن مشاعر العجز واليأس خطيرة الشأن في إضعاف الصراعات والعودة للتغيرات الذاتية المرنة في وظائف الأعضاء (٩٢: ٢٣٦).

ويقول كالفن هال يساهم ميكانيزم الكبت في تنمية كثير من الاضطرابات البدنية مثل التهاب المفاصل والربو والقرحة، فالتهاب المفاصل قد ينشأ من كبح العدوان إذ قد ينتشر الكبح في العضلات التي تستخدم في العدوان ويخلق حالة من التوتر المؤلم والتي تتطور إلى التهاب مزمن في المفاصل إذا استمرت مدة طويلة، وكذلك الشأن في الربو فقد يعزى إلى انتشار الكبت في ميكانيزم النفس، فحالة من حالات الخوف قد تتسبب في أن يتنفس الشخص في لهثة وبالتالي فهو لا يحصل على القدر الكافي من الأوكسجين في جهازه ولا يطرد القدر الكافي من ثاني أكسيد الكربون. والاختناق الجزئي المترتب على ذلك يولد لهثة في التنفس هي طابع الشخص المصاب بالربو، وكذلك القرحة قد تتزايد حين ينفذ الخوف إلى الهضم (٤٥: ١٤٢).

(٧) **التحول**: يقول وليم ك. مننجر منروليف أن هذه الحيلة طريقة يستعملها الأنا ليدفع عن نفسه القلق، وذلك بتوجيه التعبير عن الرغبات المكبوتة إلى أعراض جسمانية، ويؤثر الصراع العقلي في هذه الحالة في ارتياح الجسم وأدائه لوظائفه تأثيراً مباشراً. ولقد استعملت هذه الحيلة كثيراً خلال الحرب للتنبوء في الكشف عن مدى تظاهر المقاتلين بالمرض. وفي هذه الحيلة يحاول الأنا أن يوجه النزعة المحرمة التي تبدأ من الطبقات العميقة في اللاشعور إلى نوع من الأعراض الجسمية. فيقال إن النزعة قد تحولت في صورة استجابة جسمية عضوية يطلق عليها اسم عرض تحولي Conversion Symptom (٤٦ : ٩٤، ١٨٢).

ويذهب فرانز الكسندر إلى أن التوترات الانفعالية اللاشعورية المكبوتة تجد تعبيرات خلال قنوات البدن، وبناءً على هذا المفهوم فإن ارتفاع ضغط الدم تحول من غضب مكبوت، وأن المؤيدين لهذا المفهوم يذهبون لأبعد من هذا فيقولون إن قرحة الهضم يجب أن تعتبر عرض تحولي. فبعض الانفعالات المكبوتة كأخيلة الوهن تجد التعبير الجسمي في تغييرات في أنسجة المعدة.

ويقول الكسندر: إن هناك خطأ في التعميم بين أعضاء الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز العضلي وجهاز الاستقبال الحسي ويجب التمييز بين ما يحدث في أعضاء الجهاز العصبي اللاإرادي والجهازين الآخرين العضلي والاستقبال الحسي.

ويضيف الكسندر: أن أعراض التحول الهستيري تعبيرات بديلة أو توترات انفعالية لم تستطع أن تجد المنفذ الكافي خلال السلوك الحركي.

أما في مجال الأعصبة الحيوية فيوجد اختلاف في الديناميات رغماً من وجود تشابه مع أعراض الهستيريا ففي هذه الأعصبة لا تكون الأعراض تعبيرات بديلة لانفعالات مكبوتة لكنها مصاحبات فسيولوجية عادية للتوترات الانفعالية (٥٦: ٢٧٢).

الباب الرابع

أهم الأشكال المختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية والبحوث المتعلقة بها في هذه الدراسة

الفصل الثالث عشر

جهاز القلب والأوعية الدموية

الفصل الرابع عشر

الجهاز المعدي معوي

الفصل الثالث عشر

جهاز القلب والأوعية الدموية

(أ) الدراسات والبحوث المتعلقة بالقلب

(١) عرض مياسينكوف عن تأثر أوعية الجسم بالعمليات العصابية: يقول مياسنيكوف إن أوعية الجسم واقعة كغيرها من أعضاء الجسم تحت إشراف مستمر من قبل الجهاز العصبي المركزي، وتتأثر بسرعة ببعض العمليات العصابية كالقلق والخوف والغضب. ويفسر مياسينكوف هذا التأثر بوجود مراكز هذه العمليات العصبية والانفعالات في الجهاز العصبي المركزي في نفس المكان الذي توجد فيه المراكز المنظمة لعمل القلب والأوعية الدموية، ولذلك فعادة ما يقترن الانفعال ببعض التغيرات في عمل جهاز القلب والأوعية الدموية. وعندما تكون هذه الانفعالات مؤقتة سرعان ما تتلاشى التغيرات في عمل جهاز القلب والأوعية الدموية، وعندما تكون المؤثرات العصبية قوية جداً وتتكرر باستمرار يصبح في إمكانها أن تؤدي إلى ظهور أمراض معينة في القلب والأوعية الدموية (٣٤: ٥).

(٢) عرض فيس وانجلش عن علاقة عصاب القلق بجهاز القلب: ويقول فيس وانجلش أنه رغماً من الحدوث الكبير لمرض الأوعية القلبية، فإن غالبية المرضى الذين تشير أعراضهم لمنطقة القلب لا يوجد دليل لديهم لوجود مرض قلبي عضوي، بسبب عصاب القلق الذي له علاقة وثيقة بالتغيرات الفسيولوجية خاصة في جهاز القلب.

ولقد تكلم فرويد عن أشكال هجمات القلق المتعددة ولم يشر فقط لاضطراب وظيفة القلب كالخفقان، وعدم الانتظام في سرعة ضربات

القلب، لكنه تكلم أيضاً عن اضطرابات التنفس ومجموعة من التغيرات الفسيولوجية ولقد أكد فرويد أن هذه الهجمات لا تكون دائماً مصحوبة بقلق معروف.

ويظهر عصاب القلب لدى الأشخاص المهيئين للوقوع فيه والذين خضعوا لعامل معجل، ومثل هؤلاء الأشخاص يحملون قدراً من القلق في بنائهم، وتحت ظروف معينة يكون للقلق أثر كبير على القلب لأنه أهم جزء في البدن يرتبط بالموت المفاجىء (١٠٤: ٣٥).

(٣) **رأي كوفيل عن عصاب القلب**: ويذهب كوفيل وزملاؤه إلى القول بأن مصطلح «عصاب القلب» يستخدم ليدل على مجموعة الأعراض التي تختص بالقلب ويكون أساسها نفسي، والأعراض هي الخفقان، وقصر التنفس، والتشنج، والألم، واللغط. ونظراً لأن هذه الأعراض تحدث أيضاً في أمراض القلب العضوية فلا بد من إجراء فحص طبي دقيق قبل أن نشخص المرض باعتباره اضطراباً سيكوسوماتياً كذلك لا نستطيع تشخيص عصاب القلب قبل أن نتحقق من وجود توتر وصراع انفعالي (٤٨: ١٣٥).

(٤) **رأي ليرد وليرد عن علاقة هجمات القلب بسيطرة الأم**: ويذهبان إلى أن هجمات القلب تظهر لدى بعض الأمهات عندما يطلب أبناؤهم الزواج، أو يتركون البيت لأسباب أخرى. وفي هذه الحالات تعتبر الهجمة طريقة أخرى للسيطرة على الابن وليست حقيقة مرضاً بالقلب فالقلب يكون سليماً (٨٥: ٣٣٧).

(٥) **عرض دنبار عن خصائص شخصية مريض القلب**: وتقول فلاندرز أن ما يميز الناس ذوي أمراض القلب هو أنهم ينهمكون في العمل، ويقومون به دون شكر، ويستمتعون به، ويحنقون للتقدير القليل، وهم ضحايا الظروف النفسية المسؤولة عن طموحهم الظاهر.

ومن خصائص المريض بأمراض القلب الإهمال في الصحة، وزيادة في استعمال التوباكو، والقهوة، والتغاضي عن النوم.

وهكذا تكون هناك علامات خطر وليست أخطار. وفي بعض الحالات فإن هجر هذه العادات الرديئة من المحتمل أن يؤدي إلى اضطرابات انفعالية جديدة أسوأ من السابقة. وعادة ما يكون لدى مثل هؤلاء الناس الميل إلى تدمير الآخرين ولا يكون هذا الميل واضحاً لكن غالباً ما يعبر عنه في مزاجاتهم الاكتئابية. ولدى هؤلاء المرضى مشاعر ذنب قوية عن الجنس والاختلاط. وأن ميل نماذج شخصية معينة لاكتساب نماذج أمراض قلب معينة أمر واضح، لكن قد ينطبق على أي فرد فقط مع عديد من التحفظات لوجود الكثير من العوامل التي تعمل في الشخصية. وتقول دنبار إن العامل الانفعالي في مثل هذه الأمراض تأكد بفحص حالات المرضى الذين يعانون من أمراض أوعية القلب. وإن طبيعة الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه هؤلاء يجعل من الصعب عليهم التحمل الموضوعي لأي شعور بأنهم محكومين، حتى ولو بأنفسهم (٥٨ : ٦١٣).

(ب) الدراسات والبحوث المتعلقة بضغط الدم المنخفض

(١) عرض فيس وانجلش عن أعراض ضغط الدم المنخفض: يقولان إن أعراض ضغط الدم المنخفض غير معروفة كما في ارتفاعه. وعندما يتكلم المريض عن التعب والضعف فإنه من السهل القول أن الضغط عنده منخفض أو أنه لديه أنيميا أو كلاهما. وطاقات هؤلاء الناس تكون منخفضة لأنها تستهلك في الصراع الانفعالي (١٠٤ : ٣٥).

(٢) رأي كوفيل عن علاقة انخفاض الضغط بالظروف: ويقول كوفيل وزملاؤه في كتابهم علم نفس الشواذ أن الفرد يفقد شعوره عادة عندما يحدث انخفاض مفاجىء في الضغط نتيجة لظروف أثارت خوفاً شديداً ويفرقون بين الإغماء الهستيري، والإغماء نتيجة اضطراب أوعية القلب (٤٨ : ١٣٥).

(جـ) الدراسات المتعلقة بالضعف العصبي الوعائي

(١) عرض فيس وانجلش عن عصاب الجهد: ذهبا إلى القول بأن الضعف العصبي الوعائي Neurocirculatory Asthenia هو أحد أنواع عصاب القلب والتي توجد في الجيش وتسمى أيضاً بعصاب الجهد أو العمل غير المنظم للقلب.

(٢) عرض ويتكور عن خصائص حالات عصاب الجهد: ويقول ويتكور witthower إن المرضى الذين وجد لديهم «عصاب الجهد» في الجيش البريطاني ليسوا متمارضين ولا يقصدون شعورياً الهرب من الخدمة.

وفي دراسته تم التركيز على النواحي الانفعالية لخمسين حالة عصاب جهد فوجد أن من بين كل عشرة مرضى دخلوا مستشفى القلب في الحرب العالمية الأولى، عانى تسعة من اضطرابات وظيفية معظمها أعراض الجهد وذلك في عام ١٩٢٠. وتميزت شكاواهم بتعب واضطراب في سرعة النبض عند التدريب، وبوجود دوخة، وإغماء، واضطراب إبصار، وخفقان وسرعة في القلب، وعسر في الهضم، وإمساك، وصداع وأرق، وكوابيس عصبية.

ولقد كان عدد المرضى الذين يعانون من الضعف العصبي الوعائي أقل في الحرب العالمية الثانية عن الأولى وسمي بعصاب نفسي مع أعراض قلبية. ولقد درست حالات ٢,٣٢٣ شخصاً في وحدة أعراض الجهد في مركز العصاب بمستشفى لندن للطوارىء، وتركزت الدراسة على الاستجابات الوظيفية لدى هؤلاء الأشخاص.

ومن هذه الدراسة انبعث الاعتقاد بأن أعراض الجهد هي موضوع يدخل في قضية العصاب ومن ثم فالمشكلة مشكلة سيكاترية وليست من اختصاص طبيب القلب. ولقد وجد أن الاستعداد الجسمي الضعيف هو العامل الأول في إنتاج الأعراض (١٠٤ : ٣٥).

(٣) عرض وليم مننجر منروليف عن حالة قلب الجندي غير العضوية: ويقول وليم مننجر منروليف بهذا الصدد إن أغلب الجنود

المحاربين يدركون ويشعرون بأن قلوبهم تعمل بطريقة تختلف عما تعودوا، كما أن الكتب الطبية قد اعتادت أن تذكر في قائمتها حالة «قلب الجندي» الخاصة بالكثير من الجنود الذين لا يوجد لديهم أي تغيرات عضوية في القلب، سوى أن القلب يدق بسرعة كبيرة مع أي مجهود جسماني بسيط.

أما الأطباء المدنيون فإنهم يشخصون ذلك على أنه «أعراض الجهد» الذي يصيب الرجال المتأففين (٤٦ : ٩٤، ١٨٢).

(٤) **رأي أندرسون وتريثوان عن أعراض الجهد**: يقولان يوجد في الوهن العصبي الوعائي أو أعراض الجهد شكاوى ألم في منطقة القلب، وتعب وصعوبة في التنفس dyspnoea ونبض القلب بعد التمرين، وعند الراحة قد يبقى معدل النبض مرتفعاً، وتوجد هذه الأعراض لدى الرجال الصغار (قلب الجندي) وعادة ما يوجد تاريخ طويل يشير إلى عدم الاتزان العصبي، وعدم القدرة على تحمل التمرين (٥٥ : ٢٠٢).

(٥) **عرض دن عن خصائص حالات الضعف العصبي الوعائي**: أشار دن Dunn إلى أن أغلبية المرضى الذين لديهم ضعف عصبي وعائي يظهر عندهم اضطراب نفسي، حيث توجد سمات عصابية عامة، ويكون للتاريخ الأسري، وخبرة الحياة الأولى دلالة أكثر من العوامل التكوينية والوراثية (١٠٤ : ٣٥).

(د) ارتفاع ضغط الدم

(١) **عرض مياسنيكوف عن دور الإجهاد الذهني في ارتفاع ضغط الدم**: يقول مياسنيكوف يتضح دور الإجهاد الذهني من خلال ارتفاع ضغط الدم إذ يلاحظ أنه أكثر نسبياً عند الأشخاص الذين يقومون في مجال معين بأعمال تتطلب المزيد من المجهود الذهني، إذ المعروف أن ضغط الدم يرتفع بعد العمل الذهني الذي يستمر وقتاً طويلاً، وأثناء الإجهاد الذهني، وفي الليل ينخفض ضغط الدم ليستريح لحاء المخ: ويقول

ميا سنيكوف أيضاً أن الاختلالات العصبية أثناء مرض ارتفاع ضغط الدم تتميز بأنه يحدث أثنائها خلل في التأثير المتبادل الطبيعي القائم بين لحاء المخ وأعضاء الإنسان الداخلية.

فعند الخوف أو الفرح أو القلق أو غيرها من ردود الفعل العاطفية تؤثر أفعال الوقاية العكسية (الدفاع) على قابلية الإثارة لدى الجهاز العصبي السمبتاوي، أي ذلك الجهاز الذي ينظم بصورة أساسية عمل الأعضاء الداخلية ويقترن هذا بإفراز بعض الهرمونات وبالأخص هرمونات الطبقة المخية للغدة الكظرية مما يؤدي إلى انقباض الأوعية الدموية الدقيقة لبعض الأعضاء (وبالأخص الكلية) وإلى ارتفاع ضغط الدم وتنشيط عمل القلب.

إذن فإنه في ارتفاغ ضغط الدم يكمن ذلك العصاب الذي يتأثر معه بسرعة وبشدة الجهاز العصبي السمبتاوي والجزء المرتبط به من الغدة الكظرية (٣٤: ٥).

(٢) عرض وليم مننجر منروليف عن أثر الانفعالات في ارتفاع ضغط الدم: يقول ليست قلوبنا وحدها هي التي تتأثر بالانفعالات بل إن كل مجموعة الأوعية الدموية تدخل في هذا المضمار، بما فيها الأوعية والأربطة الصغيرة الموجودة على سطح القلب. وإن بعض الناس الذين يعيشون في حالة توتر شديد عاماً بعد عام تظهر عليهم أعراض ضغط الدم المرتفع بدرجات متفاوتة، فالتوتر والضيق وتكدس العمل والإجهاد فيه يمكن أن يؤدي إلى انفجار الأوعية الدموية (٤٦: ٩٤، ١٨٢).

(٣) عرض كوفيل عن الآثار المدمرة لاستمرار ارتفاع الضغط: ويذهب إلى أن ارتفاع ضغط الدم المزمن دون وجود أساس عضوي يسمى بارتفاع الضغط الأساسي، ويتسم في مرحلته الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية من ارتفاع الضغط فإذا استمرت المشكلة الانفعالية للمريض دون حل فسيستمر الضغط بمرور الوقت عند مستوى عال وقد يؤدي إلى بعض الكوارث مثل النزيف في المخ أو الجهد الزائد في القلب وكلاهما قد يؤدي

إلى الموت. وطالما أن ارتفاع الضغط الأساسي يؤدي إلى تغيرات عضوية مدمرة فيجب أن نعتبره مشكلة طبية كما هو مشكلة سيكلوجية (٣٣: ١٣).

(٤) دراسة أيمان وبرات عن أعراض ارتفاع الضغط: بين كل من أيمان وبرات Ayman & Pratt أن كثيراً من أعراض مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي يتشابه تماماً بذلك الذي يرى في مرضى العصاب النفسي الذين ليس عندهم مرتفع. وبينت الدراسة على مرضاهم أنهم يعانون حقيقة من العصاب النفسي مثلما يعانون من ارتفاع الضغط. ولقد قسم أيمان Ayman في مقالة له أعراض ارتفاع ضغط الدم الأساسي إلى ثلاث مجموعات هي: أعراض العصاب النفسي، أعراض تقلص الأوعية، وأعراض عضوية (٤٨ : ١٣٥).

(٥) ملاحظة جانوي عن علاقة الصداع بارتفاغ الضغط: لاحظ جانوي janeway أن الصداع كان العرض الأكثر ألفة والذي اشتكى منه مرضاه الذين عندهم ضغط مرتفع، ويتكون هذا العرض من إحساسات تتدرج من الوجع البطيء إلى ألم ودق شديد، كما وجد عدداً من رمضاه واقعين تحت وطأة الصداع النصفي (٤ : ٧٩، ٨٤، ١٦٤).

(٦) ملاحظات جاردنر وزملائه عن علاقة الصداع بارتفاع الضغط: وجد جاردنر وهاينز ومونتين Gardner & Hines & Mountain حالات الصداع النصفي في مرضى الضغط العالي كما في المجموعة الضابطة وليست كل آلام الرأس راجعة لارتفاع ضغط الدم نفسه بل ترتبط بالعامل الانفعالي أيضاً (٥٢: ٧٩، ٩٩، ١١٠).

(٧) عرض فيس وزملائه عن علاقة الصداع بارتفاع الضغط: عرض فيس وانجلش رأيهما عن علاقة الصداع بارتفاع الضغط بأنه في مرض الضغط العالي تظهر علاقة بين الصداع ووظيفة الأمعاء كما أنه غالباً ما يذكر المرضى عرض الدوار vertigo، والذي يحدث في حالات كثيرة مع مضايقات الرأس والتي وصفت بالدوخة dizziness & giddiness والإغماء،

ويكون الدوار علامة واضحة لحالة قلق، وعندما يظهر مع ارتفاع الضغط فإن مرض الأوعية يكون المسؤول.

(٨) دراسة الكسندر وسول عن خصائص شخصية مرضى الضغط العالي: بينت بحوث الكسندر وسول Alex. & Saul أن مرضى ارتفاع ضغط الدم يظهرون صداقة وضبطاً للنفس يخفي وراءه عدواناً قوياً وقلقاً، وينشأ القلق من الخطر من أن هذا العدوان المكبوت يهدد أمن الفرد إذا سمح له بالتعبير. ويوجد العدوان المكبوت والكراهية في كل عصاب لكن الفرق كما شوهد في ارتفاع ضغط الدم شرحه سول والذي وجد أن الكراهية لدى الأشخاص الذين يشكون من ضغط الدم تكون شديدة ومزمنة ومكفوفة وقريبة من الشعور وربما من الحركة، لكن ليست مكبوتة كبتاً كافياً.

ولقد وجد أن هؤلاء المرضى غير قادرين على إرضاء حاجاتهم السلبية المعتمدة على الآخرين، ولا على إرضاء الكراهية، ومن ثم يبقون ممنوعين من التصرف في كلا الاتجاهين.

(٩) دراسة بنجر عن شخصية مرضى الضغط العالي: قدم بنجر Binger ومساعدوه دليلاً على وجود اضطراب في الشخصية ممكن أن يصنف على أنه «عصابي» لدى مرضى ضغط الدم.

فتحدث أعراض ارتفاع الضغط في تلك المواقف الانفعالية ويكون متبوعاً باضطرابات انفعالية حادة. ولقد أظهرت الدراسة التي أجريت على فترة طفولة هؤلاء المرضى أن موت الوالدين أو فراقهم يحدث بين ١٢ من ٢٤ من الحالات. ويحدث ارتفاع الضغط بين ٢٣ من نفس العدد وذلك لحدوث اضطراب انفعالي نتيجة حالات المرض وموت الأقارب والجروح والصدمات التي تقع للمريض، والتغير في حياة المريض كالفراق عن الوالدين وفقد العمل أو فقد التوفير والعامل العام هو عدم الأمن.

(١٠) عرض عزت راجح عن شخصية مرضى الضغط العالي: يقول

في كتابه: «علم النفس الصناعي» يحظر المجتمع الحديث التعبير الحر عن العدوان ويتطلب من الفرد قدرة على ضبط عدوانه، وهناك أناس يعجزون عن التعبير عن دوافع العدوان والتسلط بالطرق المشروعة التي يصطنعها غيرهم من البشر ومن ثم يظلون في حالة مزمنة من العداء المكظوم كأنهم في حالة تأهب لحرب لا يبدءونها أبداً وفي هذا ما يهيئهم للإصابة بارتفاع ضغط الدم. ويقول لقد دلت بحوث دقيقة على أن المصابين بضغط الدم يعانون من أزمات نفسية عنيفة، وأنها مزمنة لديهم وإن بدوا هادئين وأنهم لم يجدوا مخرجاً أو متنفساً له، وهم لم يتنازلوا قط عن هذا العدوان فلم يستسلموا أو لم يرضوا بإلقاء السلاح، وأن هذا العدوان ليس مكبوتاً عميقاً (٢: ٣٨٧).

هـ ـ الدراسات المتعلقة بمرض الشريان التاجي

(١) رأي دنبار في أسباب الشريان التاجي: علقت دنبار عام ١٩٤٨ على أسباب الشريان التاجي فقالت أن المريض بالشريان التاجي يخفي تحت هدوءه السطحي عدواناً وحنقاً. والنظرية الأحدث (Freidman & Rosennan 1959) تؤكد على دور الدافع التنافسي المتزايد والرغبة المستمرة للمعرفة لدى مريض الشريان التاجي.

وتقول دنبار لقد وصف أرلو Arlow ١٩٤٥ المريض بالشريان التاجي بسمات مثل: العمل الشاق والانتماء الملزم للعمل والواجب.

(٢) دراسة موروكوف وبارسونز عن خصائص مرضى الشريان التاجي: ورغما من الاتفاق الظاهري الذي يوجد بين الآراء المختلفة في وصف شخصية المريض بالشريان التاجي بالعدوان والإحباط فإن الدراسات الجديدة التي قام بها كل من موردكوف وبارسونز قد كشفت عن أن الدليل العملي التجريبي على ذلك ضعيف، Mordkoff & Parsons عام ١٩٦٦. أي أن لعوامل الشخصية علاقة بنشوء مرضى الشريان التاجي Coronary

Artrey disease أمر لم تؤيده الدراسة العملية تأييداً كبيراً. وذهبوا إلى أنه من المحتمل أن تكون عوامل مثل العمر، والتعليم، والمكانة الاجتماعية الاقتصادية S E S تلعب دوراً في هذا المرض وأن الفروق الناتجة على مقاييس الشخصية بين مرضى التاجي، والمجموعة الضابطة ممكن أن ترجع للفروق في هذه الخصائص (٩٣ : ٣٨١).

(٣) دراسة أرنولد مرودكوف، روث جولاس باستخدام اختبار صور الإحباط على مرضى الشريان التاجي: قام كل من Arnold M. Morkdoll & Ruth M. Golas ببحث على مرضى الشريان التاجي واستجاباتهم على صور الإحباط لروزنزويج Rosenzweig picture' Frustration ولقد تم الحصول على مفحوصي تلك الدراسة من المستشفيات وهم الذين عانوا من علة في القلب كما يتضح في التاريخ ورسم القلب. وكانت الضابطة ممن لم يكن لديهم مرض في القلب. فقورن ثلاثون مريضاً من الذكور البيض بثلاثين من الأصحاء بالنسبة للعمر والذكاء والتعليم ونوع العمل والمستوى الاقتصادي والاجتماعي فكانت المقارنة كما في الجدول رقم (٦).

ولقد طبق على المجموعتين اختبار صور الإحباط لروزنزويج، وقد قسمت كل من المجموعتين التجريبية والضابطة إلى مجموعتين عالية ومنخفضة فيما يتعلق بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي ثم تمت معالجة المتغيرات الخمسة عشر للاختبار المتفرعة من: (أ) اتجاه العدوان سواء كان عقاب خارجي أو داخلي، (ب) شكل الاستجابة مثل سيطرة معوقة، ورضا الأنا، والمثابرة، وفي ضوء ما أشارت إليه الدراسات التجريبية السابقة والخاصة بدور العوامل الشخصية في تسبيب المرض (موردكوف بارسونز ١٩٦٦)، وقد وجد في بعض الدراسات الأخرى فروق واضحة بين مجموعات التاجي والضابطة في الخصائص الديموجرافية مثل العمر والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (٩٣ : ٣٨١).

المتغيـــرات	المرضى	الضابطة
العمـــــر	٥١	٥٤٫٣
نسبـة الذكاء	١٠٧٫٦	١١٣٫٦
المستــوى الاقتصــادى والاجتمــاعى	٣٫٤	٣٫٢
التعليــم	١١٫٥	١٢٫٤٥

(٦ ـــ جدول بيانات مرضى الشريان التاجى)

الفصل الرابع عشر

الجهاز المعدي معوي

أ ـ البحوث والدراسات المتعلقة بالاضطراب المعدي معوي.

ب ـ البحوث والدراسات المتعلقة بالإمساك.

جـ ـ البحوث والدراسات المتعلقة بعسر الهضم المزمن.

د ـ البحوث والدراسات المتعلقة بالتهاب القولون المخاطي.

هـ ـ البحوث والدراسات المتعلقة بالتهاب القولون التقرحي.

و ـ البحوث والدراسات المتعلقة بفقد الشهية العصبي.

ز ـ البحوث والدراسات المتعلقة بقرحة الهضم.

(أ) البحوث والدراسات المتعلقة بالاضطراب المعدي معوي

(١) عرض مننجر منروليف عن تأثير الانفعالات في الأجهزة الهضمية: يقول مننجر منروليف: تتأثر الأجهزة الهضمية تأثراً شديداً بالانفعالات وذلك بطرائق عدة مختلفة لأنها تدخل جزئياً في نطاق تحكمنا الإرادي (فنحن نستطيع أن نأكل أو لا نأكل حسب رغبتنا)، وهذا الجزء من جسمنا يتأثر بالانفعالات عن أي جزء آخر. ويأتي الجهاز الهضمي الداخلي بعد الجلد في أنه أكثر احتكاكاً بالعالم الخارجي من أي جزء آخر من أجسامنا. ونحن غالباً نربط في حياتنا بين الحب والطعام فنجد أن جنديين عندما يقتسمان نصيبهما في الطعام تبدو مظاهر تعتبر دليلاً على الربط بين الحب والطعام والعلاقة القوية بين الأكل والعلاقات الاجتماعية. وهناك دليل كبير على إمكان الربط بين الجشع في الأكل في بعض الحالات وبين الإحساس اللاشعوري بعدم الأمان أو الحاجة إلى الحب. وإننا نستعمل هذا الجهاز أيضاً بطريقة رمزية لندلل به على الرفض، فقد يتقيأ الطفل إذا كان لا يرغب في عمل شيء ما، والإسهال باعتباره نوع من الطرد والاعتراض قد يرتبط بالخوف، والإمساك قد يكون له علاقة بالتوتر المزمن. وتعبر الشخصية عن نفسها في الغالب بطريقة واضحة تماماً بواسطة هذا الجهاز وذلك عن طريق عادات الأكل واختيار الطعام وكمياته كما أنها تعبر عن نفسها في عادات الإخراج. فالمغرورون لهم شخصيات تعاني انحرافاً معيناً يجعل من الطعام النادر الجيد نوعاً من التعويض المرضي (٤٦ : ٩٤، ١٨٢).

(٢) دراسات الكسندر ومساعدوه المتعمقة على مرضى الجهاز المعدي معوي: ركزت الدراسات المتعمقة الخاصة بهذه الأمراض والتي قام بها فرانز الكسندر ومساعدوه في شيكاغو على البناء النفسي ومواقف الحياة التي يمر بها المرضى الذين يعانون من اضطرابات معدية معوية، مثلهم مثل هؤلاء الذين يعانون من قرحة المعدة والتهاب القولون.

وقد أدت دراساتهم لاكتشاف هام وهو أن الجزء المعدي معوي، وبسبب وظائفه الثلاث الرئيسية وهي: الأخذ (تناول الطعام) taking والضبط (أو الاحتفاظ بالطعام) retaining، والطرد (طرد الفضلات) eliminating يتناسب تناسباً خاصاً للتعبير عن هذه الميول الانفعالية الثلاثة الأولية خاصة إذا كان تعبيرهم العادي خلال الجهاز الحركي الإرادي مكفوفاً. ولقد وجدوا بعض الارتباط بين سمات شخصية معينة واضطرابات مختلفة للجزء المعدي معوي (١٠٤: ٣٥).

ويواصل الكسندر كلامه قائلاً: يتكون العصاب المعدي معوي من اضطراب مزمن بوظائف الإفراز والحركة للمعدة وليس ذلك تعبيراً أو تعريفاً لتوتر انفعالي لكن مصاحب فسيولوجي لها. وهؤلاء المرضى يرغبون في أن يحبوا، وأن يعتني بهم رغبة لأنهم لا يستطيعون القيام بتعبيرات منطقية بسبب الإحساس العصابي المتزايد بالخجل أو الذنب، ومن ثم فإنهم تحت تأثير مستمر لهذه التوترات الانفعالية، وترتبط الرغبة في أن يحبوا ارتباطاً عميقاً مع الرغبة في أن يغذوا حيث موقف العناية أي يكون أول موقف يستمتع الطفل فيه بحب الوالدين وبعنايتهم. وتكون الارتباطات الانفعالية المبكرة كافية لتنبيه وظائف المعدة. وأعراض المعدة هي المصاحبات الفسيولوجية لحالة سالبة من توقعات استقبال الطعام.

ويعتبر الكسندر أن اضطراب الإفراز ووظائف الحركة للمعدة ليس تعبير بديل للانفعال لكن مقابل للانفعال المتمثل في الرغبة في أن يعتني به. وقد تكبت الرغبة في أن يعتني به وتتحول الرغبة في أن يرضع أو يغذي، وهذا ليس تحول بل بديل لرغبة بأخرى.

ونتيجة لهذه الرغبة في أن يغزي توجد تعبيرات عصبية حيوية معينة والتي ليست بديلاً عن الرغبة في أن يغذوا لكن المصاحب الفسيولوجي للانفعال. وإذا أرضيت الرغبة في أن يعتني به في العلاج بالمصحة فإن الضغط المستمر لهذه الرغبة قد ينتهي وقد تختفي معها أعراض المعدة نهائياً، وإن أعراض المعدة العصابية مهما يكن ليست تحويلات لحنين مكبوت للحب إلى أعراض المعدة، فهي لا تظهر في مكان الانفعالات لكنها المصاحبات الفسيولوجية للتوتر الانفعالي المؤقت أو المزمن (٥٦ : ٢٧٢).

(٣) عرض فيس وانجلش عن سمات شخصية حالات القرحة: يقول فيس وانجلش إن سمات الشخصية الهامة لدى عصاب المعدة وحالات قرحة المعدة هي رغبات التملك والأخذ والتي لا يستطيع المريض أن يقبلها بنفسه. ولقد اعتقد أن أعراض المعدة تكون مشروطة باتجاهات كبت وعدوان والتي تعمل كمنبه نفسي لوظيفة المعدة.

وبكلمات أخرى فإن المرضى الذين يكون عندهم حاجة قوية لا شعورية للحب ورغبة قوية في التقدير والاعتناء، وترجمة هذه الاتجاهات سيكولوجياً كحاجة لأن يغذي. وفي نفس الوقت فإنهم لا يستطيعون قبول الدفاع لأنفسهم وكنتيجة للتعويض الزائد بتأكيد من طاقة كبرى، واجتهاد كبير. وهم يخافون من أن يكونوا معتمدوين أو غير نافعين.

ومع ذلك فإن ميولهم اللاشعورية القوية لأن يكونوا اعتماديين تسبب ردود فعل في الجزء المعدي معوي لدرجة أن المعدة تحاول القيام بوظيفتين: إنها تحاول القيام بوظيفة الإحساس الانفعالي للحب كما تقوم بعملية الهضم. وهذا صعب جداً على المعدة للقيام به وإنجازه لأن الحاجة التي يراد الاعتناء بها (التغذية انفعالياً) تعمل كمنبه غير عادي أو غريب ودائم، وهذا المنبه مسؤول عن النشاط الزائد والإفراز المتزايد الأعلى عن حاجات الهضم.

وزيادة على ذلك فتلك «الحاجة لأن يغذوا ويحبوا» تقاوم بحاجة أقوى لاعتراض الفكرة غير المقبولة عن الاعتماد وعدم النفع والتأثير وقد يحدث هذا الصراع في أمراض المعدة (١٠٤ : ٣٥).

(٤) **عرض شتين عن وجهة نظر التحليل النفسي**: ويذهب شتين إلى أن الطعام يلعب دوراً هاماً في أحلام هؤلاء المرضى، ووجهة نظر التحليل النفسي في هذا الموضوع هو أن الأم هي المصدر الأصلي لإرضاء حوافز الطفل للجوع، والكفاح من أجل الطعام لديهم دليل على رغبة المريض في إعادة علاقة الإرضاء المبكرة مع الأم.

وهكذا فإن الطعام في هذه الحالات وكما يبدو في الاستجابة على الصورة رقم (١١) لاختبار تفهم الموضوع حيث كانت: حيوانات تمشي بحثاً عن الطعام انعكاس رمزي للاعتماد عليهم (١٠٠ : ١٨٧).

(٥) **دراسة ساندلر وبولوك عن تصنيف الأعراض المعدية معوية العصابية باستخدام اختبار تافستوك**: يذهب الباحثان إلى القول بأنه من المعتقد أن اضطراب الوظيفة المعدية معوية العصابية من أشيع الأعراض الجسمية فيما يتعلق بأنها ذات محتوى نفسي المنشأ أكبر، ولا تحدث هذه الاضطرابات فقط لدى هؤلاء الذين يظهر عليهم العصاب ولكن لدى كل المجتمع الأصلي، كما يرى كل ممارس عام.

وتحاول الدراسة الحالية تصنيف بعض هذه الاضطرابات المعدية، فاختير لاجرائها ١٠٠ حالة عصابي (خمسين رجل وخمسين امرأة)، وبالنسبة لتكون العرض فقط لوحظ أنه أكثر لدى العصابيين الذين يبحثون عن المساعدة أكثر من هؤلاء «السويين» سيكولوجياً. ومثل هؤلاء الناس بفعل دوافعهم الخاصة، معدين لعرض أنفسهم أكثر من ذلك.

وتتكون المادة التي تعتمد عليها هذه الدراسة من الاستجابات على اختبار تافستوك للتقدير الذاتي. وعرضت النتائج الإحصائية ببعض التفاصيل لعمل الفروق الواضحة بين النتائج الموضوعية (الناتجة من استخدام تلك

الوسيلة). ولقد وضح الباحثان صدق هذه الدراسة في العبارة: إذا حدثت سمتين أو عرضين بصورة غالبة عما هو متوقع بالصدفة، فإنهما قد يكون لهما سبب مرضي عام، ويعبر عن ذلك الهدف بطريقة أخرى وهي: إذا حدث عرض نعلم عنه القليل لدى بعض الناس ولم يحدث بين آخرين فإن أي فروق سيكلوجية عامة بين هاتين الجماعتين قد تلقى الضوء على محددات العرض.

وقد كان عدد المفحوصون خمسين رجلاً وخمسين امرأة طبق عليهم اختبار تافستوك للتقدير الذاتي (متوسط أعمار الرجال ٣٢,٨، ع ٨,٥ (٢١ ـ ٥٤)، متوسط أعمال النساء ٢٨,٧، ع ٦,٩ (١٨ ـ ٥١). ولقد أشارت إحدى عشر وحدة من الاختبار لأعراض معدية وقد أجيب عليها بإجابات موجبة من الرجال والنساء.

وتشير الإجابة الموجبة إلى وجود العرض الخاص لدى المفحوص حتى ولو أن السؤال مصاغ بالسالب. واستخدم التحليل العاملي للوصول للعوامل العامة ولقد وجد أن هناك عاملين هما: عامل عسر الهضم الوظيفي والوحدات الأكثر تشبعاً بهذا العامل هي: أعاني متاعب كثيرة في المعدة بتشبع ٠,٧٥، غالباً ما يحدث لي ألم بالمعدة بتشبع ٠,٦٤، أعاني من عسر الهضم بتشبع ٠,٦٢، أعاني كثيراً من الأرياح والغازات بالمعدة بتشبع ٠,٥١ وهذا العامل غالباً ما يقابله الإكلينيكيون في أعمالهم ويسمى عسر الهضم الوظيفي (Jones 1949) أو عسر الهضم العصبي (Alvarez 1930) وعسر الهضم العصبي (Price 1950). والعامل الثاني صعوبة الإخراج وكانت الوحدات المشبعة تشبعاً مرتفعاً بهذا العامل هي: غالباً ما أشعر بألم عند نزول البراز من المصران بتشبع ٠,٦٩، أحياناً أرى دم في البراز بتشبع ٠,٥٧ أعاني من البواسير بتشبع ٠,٤١ وتشير هذه الوحدات إلى الصعوبة أو إلى الألم في نزول البراز وسمي العامل بصعوبة عدم التبرز وهو يشير إلى الصعوبة الحقيقية في مرور البراز أكثر من الإمساك (١٠٢: ٢٤١).

(ب) البحوث والدراسات المتعلقة بالإمساك

(١) عرض فيس وانجلش عن الاتجاهات الدينامية لدى مرضى الإمساك: يقولان: إنه في المرضى الذين لديهم إمساك تعبر الاتجاهات الدينامية الانفعالية عن فكرة أن الفرد إذا لم يأخذ أو يتناول شيئاً فإنه لا يكون ملتزماً بأن يعطي.

ولقد ذهب الكسندر ومساعدوه بأن الإمساك رد فعل أو استجابة من الالتزام بالعطاء. وفي هذه الحالة يجب أن نفكر في العلاقة بين الأم والطفل خلال عملية التدريب على النظافة. ونذكر أن الإمساك أو سلس البول قد يعبر عن تعاون ضئيل من جانب الطفل. فهو إما أن يمسك عن إغاظة والديه أو أن يقطع الخوف لدرجة أن حركة مصرانه تضر أو تهاجم. وأنه لا يعتقد فقط أن حركة مصرانه تهاجم عندما تودع في المكان الخطأ لكن يمتد هذا الاعتقاد ليغطي حركة المصران في أي وقت وفي أي مكان.

وكلنا نألف الشخص الذي لا يستطيع التبول أو التبرز في وجود الآخرين في دورات المياه العامة، والإمساك قد يكون نوعاً من «العجز الشرجي» وفي بعضالأحيان ينشأ عن القلق من أن يهاجم (١٠٤ : ٣٥).

(٢) دراسة ودمانس عن النواحي الفسيولوجية والسيكلوجية في الإمساك: وفي دراسة ودمانس عن الأسباب الأساسية لعدم القدرة على التبرز وعدم قدرة الأطفال على التحكم في التبرز لخص ملاحظاته المستخرجة من المعلومات الفسيولوجية والسيكولوجية. والتي قورنت إكلينيكياً بالأعراض الموجودة بالمراجع ، والتي ظهرت لدى المرضى الذين يذهبون له، فقال إن أهم أسباب الإمساك المزمن وعدم القدرة على التبرز هي:

(أ) أن للخوف أثرين متميزين ومتناقضين على وظيفة الأمعاء فالاشمئزاز الشرطي من عملية الإخراج يؤدي لكف رد الفعل ومن ثم

للإمساك، في حين أن حالة الخوف الحقيقي قد تسبب زيادة حركة المعدة مما يؤدي للإسهال.

(ب) وقد تكون هاتين الحالتين سبباً للتلوث عندما يكون ذلك نتيجة لعسر التبرز المبدئي.

(ج) يبدو أن تقرح القولون يكون راجعاً لنوع معين من القلق المرتبط بالإسهال (١٠٧ : ٢٠٧).

(٣) دراسة ساندلر وبولوك عن صعوبة الإخراج لدى النساء والرجال:
في دراسة لهما في علم النفس المرضي باستخدام اختبار تافستوك للتقدير الذاتي أدى تحليل إحدى عشر فقرة من هذا الاختبار على مائة من المفحوصين العصابيين إلى وجود عاملين، أحدهما سمي: سوء الهضم الوظيفي، وسمي الثاني بصعوبة الإخراج وكانت فقرات الاختبار الثلاثة المشبعة بهذا العامل هي: أشعر غالباً بألم عند مرور البراز بتشبع ٠,٦٩، غالباً ما أجد دم في البراز بتشبع ٠,٥٧، أعاني من البواسير بتشبع ٠,٤١ وتشير الفقرات لصعوبة حقيقية في مرور البراز من فتحة الشرج أكثر مما تشير للإمساك والذي كان مشبعاً بنسبة ٠,٣ بهذا العامل ولم تكن الفقرة المتعلقة بالنزف الدموي (أعاني من البواسير) مشبعة تشبعاً عالياً كالفقرتين الأوليتين. إذ من المحتمل أن هذين العرضين وهما (الألم في الإخراج ومرور الدم مع البراز) ينتجان في معظم الأحيان تلك الحالة الجراحية.

ولقد حسبت درجات هذا العامل فلم يكن هناك فرق دال بين الرجال والنساء. لكن الصورة السيكولوجية تكون مختلفة بينهما اختلافاً هاماً، كما تم حساب الارتباطات بين عامل: صعوبة الإخراج وبين باقي الـ ٨٦٥ فقرة من فقرات الاستبيان بالنسبة للرجال وللنساء على حدة فوجد أن فقرات الاستبيان التي تشير للظاهرة النفسية ترتبط ارتباطاً دالاً بصعوبة الإخراج إلى أن يجاب عنها بصراحة بواسطة هؤلاء الذين لديهم قدراً ضئيلاً منها أو ليس لديهم منها كلية.

ولقد وجد أن الأعراض الجسمية الممثلة لهذا العامل لدى الرجال والتي تشير لإحساسات تنتج من فتحة الشرج ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسمات الشخصية والاتجاهات التي لها علاقة قوية بالمرحلة الشرجية للنمو، كما وجد الكثير من الفقرات التي تشير لمشاعر الخجل والذي على أساس التحنيل النفسي يشير الخجل والقرف لتكوين عكسي تكمن أصوله في المنع وعدم الموافقة لدى الوالدين، والرغبات الغريزية القذرة.

ولقد ظهر واضحاً أن خجل هؤلاء المرضى ينبع من مشاعر الذنب من رؤيتهم «قذرين»، وهناك ١٦ فقرة تؤيد ذلك بقوة.

وتتميز العلاقة بالموضوعات بأوجه معينة من مراحل النمو الشرجي، ممكن أن ترى في بعض الوحدات المرتبطة بهذا العامل. فالفقرة «أحياناً أعطي هدية وأتأسف عليها بعد ذلك» هي من الأمثلة التي توجد في الكبت كسمة من سمات الشخصية التي تشتق من الدفعات الشرجية المبكرة المحتبسة. واختصت فقرات معينة بالاهتمامات الجنسية مباشرة وتبين هذه الاهتمامات أثر التثبيتات التناسلية. وهؤلاء الناس يكونون من أعضائهم الجنسية (فقرة: الاستمناء مشكلة بالنسبة لي)، وهم يشعرون بأن لديهم صعوبة في ضبط دفعاتهم الجنسية (فقرة: أجد صعوبة في ضبط دفعاتي الجنسية) ويهيجون جنسياً بقطع معينة من الملابس.

وبالإضافة لكل ذلك يكونون مشغولين بموضوعات الحب والجنس، ولدى النساء فإن صورة الشخصية الناتجة من هذه الوحدات مختلفة تماماً من تلك التي وجدت لدى الرجال.

ويقول هؤلاء النساء أنهم ليسوا من السهل أن يكونوا ضجرين (وحدة: من السهل أن أكون ضجراً بالناس) كما أنه ليس سهلاً استشارتهم بواسطة الناس، وليس صعباً عليهم أن يكونوا بشوشين (١٠٢ : ٢٤١).

(ج) البحوث والدراسات المتعلقة بعسر الهضم المزمن

(١) دراسة ريفرز وفيريرا في عيادة مايو عن أسباب عسر الهضم: درس كل من Ferreura & Rivers في عيادة مايو ٤٢٢٣ حالة عسر الهضم من النوع المزمن.

ولقد قاما بفحص أربع نماذج هي: العضوي، المنعكس، الوظيفي.

ولقد وجدا أن الأسباب العضوية تتمثل في الاضطرابات المتضمنة في أنسجة المعدة أو الاثني عشر، وأن من بين الأسباب المنعكسة لعسر الهضم أمراض الزائدة الدودية والمثانة المرارية والقناة الحرارية والبنكرياس والحصى، وحصوة الكلى، والحالات الانعكاسية الأخرى التي تؤدي لاضطراب كيمياء أو ميكانيكا المعدة، والاثني عشر، ووجدا أيضاً أن عسر الهضم ذا الأصل الجهازي يكون بسبب الاضطرابات العادية للنشاط المعدي، والاثنا عشر غير الناتجة عن أمراض مؤكدة.

ومن هذا النوع ذكروا الأعصبة المعدية المختلفة والنقص التكويني وعادات عسر الهضم. ومثلت الحالات الوظيفية ٢٥٪ (١٠٤ : ٣٥).

(٢) دراسة ولبور وملز على سجلات مرضى سوء الهضم العصبي: درس كل من Wilbur & Mills سجلات ٣٥٤٣ من المرضى بعد الفحص في عيادة مايو والذين شخصوا على أساس أنهم حالات سوء هضم وظيفي أو سوء هضم عصبي فلم يجدوا في ٣٠٣ حالة أي دليل لمرض عضوي وذلك من خلال الفحص التتبعي، ويصل مقدار الدقة في تشخيص حالات سوء الهضم الوظيفي في هذه الحالات ٨٥,٦٪ وعندما نظر الباحثان لعسر الهضم المزمن من وجهة النظر العضوية وجدا أن نسبة الاضطراب الوظيفي كانت ٢٪، وذلك لأن تشخيص المرض الوظيفي يجب أن يكون على أساس خصائصه، وبكلمات أخرى فإن العصاب له أوجهه المميزة التي يمكن كشفها بدراسة الشخصية لتفادي أية أخطاء في التشخيص والعلاج.

(٣) دراسة روبنسون عن علاقة الأعراض الهضمية باضطراب الشخصية: لم يجد روبنسون Robinson، في تحليل دقيق لخمسين مريضاً لديهم شكاوى هضمية، في ثلثي الحالات أية إصابات عضوية أو عادات غير صحية.

ولقد وجد روبنسون أيضاً أن كثيراً من المرضى تكون أعراضهم الهضمية نتيجة لاضطراب في الشخصية قبل أن يكون لديهم مرض عضوي في الجزء الهضمي وذهب إلى القول بأن العصاب الوظيفي والمتضمن للقلق والتعب كان السبب الأكبر في عودة أعراض قرحة الهضم.

(٤) دراسة فيس وانجلش عن حالات الاضطراب المعدي معوي: قاما بدراسة ١٠٠ مريض لديهم مشاكل سيكوسوماتية معدية معوية فصنفا ٤٤ منهم على أنهم حالات عصابلديهم أعراض معدية معوية، ٣٠ منهم لديهم مرض جسمي بالإضافة إلى أمراض ذات أصل انفعالي، ٤ منهم كحالات عصاب حيوي.

ومن بين حالات العصاب الذي يوجد به أمراض معوية معدية وجدا ٢١ حالة قلق، ١٦ حالة عصاب تحول، ٥ حالة عصاب قهري، ٢ حالة مخاوف. وهكذا فإن كل نوع من أنواع الشخصية ابتداءً من الشخص المتوافق حتى الذهاني قد يكون لديه اضطرابات سيكوسوماتية في الجزء المعدي معوي. وفي مسوح أخرى وجد أن الأمراض الجسمية تمثل ثلث كل الحالات التي فحصت، وهذا يعني أن باقي الحالات وهو الثلثين ذا أصل نفسي.

ويؤكد فيس وانجلش أن العوامل الانفعالية هي السبب الأساسي للشاوى المعدية معوية وهناك الكثيرين الذين يؤكدون ذلك (١٠٤ : ٣٥).

(٥) دراسة جونز، ودول وآخرين المسحية لحالات عسر الهضم: قام كل من Jones, Doll & Buckatzsch بإجراء دراسة دقيقة تم فيها عمل مسح لـ ٤٨٧١ ذكر، ١٠٨٠ أنثى يعملون في عدة مهن ولقد وجد أنه في حين أن

٦,٥٪ من الرجال عانوا من قرحة معدة محققة أو مفترضة فإن ٢٤,٩٪ شكلو من شكل آخر من أشكال عسر الهضم.

(٦) دراسة إدواردز وكويمان عن عسر الهضم في الجيش: قام كل من إدواردز، وكويمان Edwards & Copeman عام ١٩٤٣ بعمل دراسة عن عسر الهضم في الجيش فوجد أن من بين ٣٥٦ حالة يوجد ١٣٩ حالة ممكن اعتبارهم يعانون من قرحة معدة، في حين أنه وجد من بين باقي الـ ٢١٧ حالة ١٨٠ حالة يعانون من عسر هضم وظيفي لأنه لا توجد أية إصابة عضوية (١٠٤ : ٣٥).

(٧) دراسة هالستاد عن حالات قرحة الهضم وعسر الهضم: درس Halsted عام ١٩٤٤ حالات قرحة الهضم وحالات عسر الهضم التي لا يوجد بها قرحة فوجد فرقاً جوهرياً بين حالات المجموعتين، كما وجد أن ٨٠٪ من حالات عسر الهضم السابقة لديهم أعراض عصابية، ٦٪ من حالات قرحة عسر الهضم لديهم أعراض عصابية (١٠٢ : ٢٤١).

(د) الدراسات المتعلقة بالتهاب القولون المخاطي

(١) عرض زيور عن التهاب القولون المخاطي: يقول زيور: إذا نظرنا لكتب الطب نجد أن كتابها من أمثال هيرست عند معالجتهم التهاب القولون المخاطي Mucous Colitis لا يذكرون من بين أسبابها التسمم من الطعام أو تعاطي المسهلات كثيراً، والأسباب البكتريولوجية والعضوية والتعفن الموضعي، رغماً مما في كلامهم ما يشير لأثر العامل النفسي، ورغماً من عدم إشارتهم له صراحة، وذلك كحالة المريض الذي يضع ثقته في الحبوب كلما حانت حالة الإسهال.

ثم يقول إننا نجد نايلز Niles عام ١٩٣٠ يحارب الرأي الذي يذهب إلى أن التهاب القولون نوع من العصاب ويعتبره التهاباً مزمناً للأمعاء، رغماً من أنه يذكر أن الإمساك التقلصي أحد أعراض التهاب القولون وأن

المصابين بهذا الإمساك يغلب أن يكونوا من العصابيين وأن هذا الإمساك يمهد للالتهاب، ويأتي بالمر Palmer ١٩٤٣ فيشير إلى العوامل النفسية في هذا المرض وفي شفائه كذلك أوسلر Osler (٣٣: ١٣).

(٢) عرض فيس وانجلش عن الأعراض الإكلينيكية لمرضى التهاب القولون المخاطي: يقول كل من فيس وانجلش: إن الأعراض الإكلينيكية التي يعاني منها مرضى التهاب القولون المخاطي هي الإمساك أو الإسهال مع بعض الألم في البطن. وفي معظم الحالات يكون التبرز قليلاً أو ليناً أو مكون من حبات جافة.

وكقاعدة ترى الأعراض لدى المرضى الذين لديهم جهاز عصبي لا إرادي غير ثابت مع ارتباط بعدم اتزان وعائي قلبي، وألم أسفل البطن يكون عموماً مصحوباً بأعراض في أعلى البطن مثل غثيان النفس وحرقان القلب والتجشؤ، وأعراض الأوعية القلبية مثل الخفقان والعرق والإغماء والوهن العصبي الوعائي (١٠٤ : ٣٥).

(٤٣) عرض كوفيل وزملائه عن التهاب الغشاء المخاطي: يذهب إلى القول أن الإسهال المزمن (التهاب الغشاء المخاطي) والإمساك والتبول اللاإرادي كلها لها دلالة سكولوجية هامة. وتربط نظريات التحليل النفسي بين هذه الاضطرابات وبين الخبرات المبكرة في التدريب على عمليات الإخراج. فيقال: إن وظائف الإخراج ترتبط بمشكلات العطاء أو المحافظة على الشيء وبالتمرد أو الطاعة. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات التجريبية تعارض هذه النظريات فإنه من المقبول عامة أن نجد المرضى الذين تضطرب لديهم عملية الإخراج يعانون من ضغط انفعالي جاء نتيجة القلق والشعور بالذنب أو الاستياء (٤٨ : ١٣٥).

(٤) دراسة هوايت وكوب وجونز النفسية على مرضى التهاب القولون المخاطية: درس هوايت وكوب وجونز White, Cobb, and Jones ٦٠ مريضاً على مدى سنتين، وأجريت على ٥٧ سبعة وخمسين منهم دراسة

نفسية لمعرفة العوامل الانفعالية، وبناء الشخصية لدى الأشخاص الذين لديهم التهاب القولون المخاطي. فقسم المرضى الـ ٥٧ إلى مجموعتين: مجموعة أكثر عصابية أي أن لديها أعراضاً عصابية ومشاكل شخصية وعددها ٢٩، ومجموعة أقل عصابية وعددها ٢٨.

لقد بينت مجموعة المرضى الأقل عصابية علاقة وثيقة بين الانفعال وزيادة في التهاب القولون ما عدا أربع حالات.

وفي المجموعة الأكثر عصابية أظهر ١٧ مريضاً علاقة وثيقة بين الانفعال وأمراض القولون.

ولم تكشف الدراسة عن وجود بناء خاص في الشخصية لدى مرضى القولون. وذهب الباحثون إلى أن التهاب القولون المخاطي استجابة جسمية لنموذج من التوتر العصبي، كما وجدت مظاهر اكتئاب ونيوراستينيا وتوهم مرض في نصف الحالات، وتميزت المجموعة ككل بنمط جامد في التفكير مشابه لذلك الذي يشاهد في حالات الوسواس القهري، وبنقص طاقة الإنتاج.

كما وجد أن معظم الحالات ينامون أكثر من العادي ولديهم حالة من الضعف والوهن، كما وجدت لديهم صعوبات جنسية.

وتقول دنبار نقلاً عن A.L. Bloomfield إن معظم حالات التهاب القولون لديهم عصاب مع عدم وجود مرض عضوي حقيقي (١٠٤ : ٣٥).

(٥) دراسة دنبار المقارنة بين مرضى التهاب الغشاء المخاطي ومرضى القرحة: تذهب دنبار إلى القول بأن هناك اضطرابات أخرى في منطقة الهضم تحل محل القرحة مع وجود فروق ضئيلة لكن دالة في الشخصية بين المريض بالتهاب الغشاء المخاطي والمريض الذي يكون لديه قرحة. وتقول أيضاً أن ضحية القولون أقل نضجاً من الناحية الانفعالية من الذي يعاني من القرحة.

ويعزز سلوك الوالدين وأصدقاء مريض القولون بعض الجوانب التي تساعد على نمو نمط المرض لديه. فأصدقائه يستجيبون للمرض بمشاعر اليأس والذنب لدرجة أنهم يمرضون.

ونموذج مرضى القولون يكون أكثر طفلية والدليل على ذلك أن الأشكال المبكرة للحنق التي يعبر عنها الطفل تؤثر في مصرانه لأن عملية الإخراج تكون أكثر أهمية في حياة المولود بعد التنفس والأكل. وإذا أصبح الأكل رمزاً للرغبة في أن يحب الطفل من والديه.

وإذا أصبح الطرد رمزاً للتملك أو الذم، فإن أهمية هذه الوظيفة الانفعالية يتأكد خلال خبرته التعليمية الأولى وهي التدريب على النظافة حيث تطبق أساليب الثواب والعقاب وفقاً لعادات المجتمع.

ويكبر الطفل وتختفي هذه الاتجاهات الانفعالية من تفكيره الشعوري، لكنها تبقى مغروسة في شخصيته وتعمل داخل جسمه، وتعمق المخاوف المتزايدة لديه مما يعمل على اضطراب وظيفة المصران.

وتقابل الرغبة في أن يحب الفرد من والديه برغبة لا شعورية تتمثل في تعويض تلك الرغبة في الاعتماد، وتأخذ هذه الرغبة شكل الميل للقيام بواجبات ومجهودات أكثر في العمل وتقديم المساعدات للآخرين (٦٨ : ١٢٠، ٢٠٩، ٢٥٤).

(هـ) الدراسات المتعلقة بالتهاب القولون التقرحي)

(١) عرض فيس وانجلش المقارنة بين مرضى التهاب القولون المخاطي والتهاب القولون التقرحي: يقول كل من فيس وانجلش إن القولون التقرحي Ulcerative C. تركز على العلاقة بين الجانب النفسي والمرض العضوي، كما يذهبان إلى أن العوامل السيكلوجية ليست هي العوامل الوحيدة المسؤولة مباشرة عن التهاب القولون التقرحي.

ويقول فيس وانجلش إن وجهة نظره تتمثل في النظر للكائن ككل والاهتمام بالعوامل السيكلوجية في التهاب القولون التقرحي على اعتبار أنها جانب واحد فقط من المشكلة السيكوسوماتية المعقدة.

ويواصل فيس وانجلش كلامهما فيقولان: إنه في حالة التهاب القولون التقرحي، على العكس مما في حالة التهاب القولون المخاطي، يؤكد الطب العام بصورة أقل على دور العوامل السيكولوجية في تسبيب مرض التهاب القولون التقرحي، وذلك لأنه من الممكن اعتبار أن التهاب القولون المخاطي اضطراب وظيفي، لكنه لا يمكن اعتبار أن العوامل السيكولوجية ممكن أن تنتج قرحة حقيقية في المصران لأننا نعتبر العامل النفسي وجهاً واحداً فقط من الاضطراب الذي يكون في الأجهزة التي يهيمن عليها الجهاز العصبي الحيوي اللاإرادي.

ويذهب موري Murray إلى أن العوامل السيكولوجية هامة في نشوء التهاب القولون التقرحي وإلى أنه عندما يحل الصراع تعود حركة المصران لطبيعتها (١٠٤ : ٣٥).

(٢) دراسة دانييلز المتعمقة على حالة التهاب قولون تقرحي: قام دانييلز Daniels بدراسة نفسية متعمقة لحالة التهاب قولون تقرحي مرتبطة بانقباض هستيري وكانت المريضة امرأة عمرها ٣٢ عاماً هاجمها التهاب القولون التقرحي ثلاث مرات.

ولاحظها دانييلز خلال خمس سنوات، وبين الهجمة الثالثة والرابعة حملت المريضة مرتين وكان الحمل الأول بمثابة صدمة نفسية، والحمل الثاني كان متبوعاً بإسراع في القلب ونساوة. وكشفت الفحوص السيكاترية عن كراهية لا شعورية ودوافع انتحارية، عولجت بالتحليل النفسي المتعمق وعمل لها تغير في بيئة المنزل وعندما انتقلت هاجمتها حمى وربو وخفقان وإسهال.

(٣) دراسة دانييلز عن خصائص شخصية مرض القولون التقرحي: ذكر

دانييلز أن هؤلاء يكونون متمركزين حول الذات واعتماديين على الأم أو بديل الأم، وغالباً ما تكون الأخت الكبرى.

وزيادة على ذلك فإن مرضى التهاب القولون التقرحي يكونون غير ناضجين جنسياً ولا يتحملون المسؤولية، وقابلين للوقوع في الأزمات، وهم بذلك يكونون على عكس مرضى قرحة الهضم والذين يتسمون بالعدوان والبحث عن السلطة. والرجال الذين لديهم قولون تقرحي يكونون سلبيين ويرتبطون مرضياً بأمهاتهم وغالباً لا يتزوجون، أما النساء فإنهن يتزوجن غالباً، لكنهن لن يكن من نموذج سيدات المنزل «النكديين».

وقد لاحظ دانييلز علاقة بين الاكتئاب العقلي وهذا المرض، وأشار إلى أهمية أن هذا يكون إضطراباً انفعالياً أولياً عن أنه يكون استجابة ثانوية لمرض غير مريح أو غير مناسب. والشخصيات الجامدة غير الناضجة لهؤلاء المرضى تجعلهم غير قادرين على تحمل الأزمات أو على القيام بالأمور الجنسية الناضجة في الزواج.

(٤) دراسة لندمان عن علاقة الفقدان بوقوع مرض القولون التقرحي: وفي دراسة للندمان Lindemann على ٤٥ مريضاً بالتهاب القولون التقرحي لاحظ أن صور الفقدان المختلفة هي العوامل الهامة المعجلة بالمرض. إذ وجد في ٢٦ من ٤٥ مريضاً علاقة وثيقة بين الفقدان لشخص هام ووقوع المرض. ويصبح الاعتماد مهدداً للشخص المريض بعد الفقدان بسبب الميل لأنماط سلوك بدائي ملونة بأخيلة من العنف المتطرف، وسلوك اجتماعي معروف بالعدوانية (١٠٤ : ٣٥).

(٥) دراسة بارنر درش وجرون باستخدام الرورشاخ على مرضى القولون التقرحي: في دراسة لبارنر درش، وجرون Barendrech & Groen قاما بمعالجة مواد الرورشاخ لدى مرضى القولون التقرحي معالجة إحصائية حيث طبق الرورشاخ على ٢٥ أنثى من المرضى بالتهاب القولون التقرحي، وقورنوا باستجابات ٤٠ امرأة سليمة جسمياً.

وعندما قورنت هذه النتائج بالنتائج التي في البحوث السيكاترية ظهرت درجة عالية من الاتفاق في نواحي مثل عدم النضج الانفعالي ودافع المرضى الذين لم يستطيعوا التعبير عن عدوانهم (٦٢ : ١٢٣).

(و) فقد الشهية العصبي

(١) عرض اندرسون وتريثوان عن فقد الشهية العصبي: يقولون بأن فقد الشهية العصبي حالة تتميز بفقدان كبير للوزن بسبب إما رفض الأكل أو إذا تناول الفرد الطعام يحدث له قيء مستمر، ويكون حدوث معظم الحالات لدى البنات المراهقات أو النساء غير المتزوجات ونادراً ما يؤثر في الرجال،

والمرضى الذين لديهم فقد شهية عصبي للأكل غالباً ما يكونون غير ناضجين، وذوي شخصية هستيرية، ويظهر البعض ميولاً وسواسية أو خليطاً من هذه ومن الميول الهستيرية، وفي مجموعة أخرى تكون درجة الاكتئاب ظاهرة، وقلة منهم فصاميين.

وبالبحث الدقيق وجد، أن بعض الاضطراب في العلاقة بين المريض بفقد الشهية العصبي للطعام تكون بين والديه، وعادة ما تكون مع الأم وتكون الأخيلة والقلق بدون سبب Undue Anxiety (٥٥ : ٢٠٢).

(٢) عرض كوفيل وزملائه عن خصائص شخصية المريض بفقد الشهية العصبي: يقول كوفيل وزملائه في هذا الاضطراب الخاص بفقد الفرد للشهية إنه يزهد الطعام نتيجة لاضطراب انفعالي، وترج العلاقة بين الأكل والانفعال، إلى حد كبير، إلى تاريخ الفرد السابق. ومن العوامل السيكولوجية التي نجدها في الحلات المختلفة لهذا الاضطراب المقاومة العدوانية لمطالب الوالدين، وعقاب الذات نتيجة الشعور بالذنب.

وتوضح لنا المشاهدات الإكينيكية أن فقدان الشهية قد يحدث نتيجة

سوء فهم طفلي لعملية الحمل مع خوف لاحق من هذه العملية التي يتصور الفرد أنها ترجع إلى الأخذ عن طريق الفم (٤٨ : ١٣٥).

(ز) الدراسات والبحوث المتعلقة بقرحة الهضم

(١) عرض فيس وانجلش عن دور العوامل الانفعالية في القرحة: ويذهب فيس وانجلش إلى القول بأن الأطباء اليوم يؤكدون على دور العوامل الانفعالية في حالات القرحة، ومن المؤكد أيضاً وجود العامل التكويني لحدوث عدة حالات من قرحات الهضم في فترة الطفولة خلال مواقف الصراعات الانفعالية، وهذا يشير إلى أن العامل التكويني هو السائد في هذه الحالات.

ويذهب فيس وانجلش إلى أن هناك عوامل متعددة، وفي بعض الحالات يكون العامل التكويني هو المسؤل أساساً، وفي البعض الآخر تكون العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية، ومعروف الآن أن العوامل الانفعالية في المرتبة الأولى. ويذكر أيوسترمان Eusterman أن القرحة ليست نتيجة لعامل واحد لكن تفاعل عدة عوامل، والعامل البنائي أو الجهازي أساسي، كما أكد على العوامل العصبية المنشأ في تسبيب القرحة الهضمية وعلى دور العوامل النفسية (١٠٤ : ٣٥).

(٢) عرض كوفيل وزملائه عن أسباب القرحة: يذهب كوفيل وزملاؤه إلى القول بأنه على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة هو زيادة إفراز أحماض المعدة التي تلهب جدرانها وتهيجها وفي النهاية تؤدي إلى تآكل هذه الجدران. فإن تلك الزيادة في الإفراز تأتي غالباً من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر انفعالي مستمر. وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع، ورجال الإدارة الذين يحدث صراع بين سلوكهم الخارجي وبين رغبتهم في الاعتماد على الغير كما تنتشر قرحة المعدة بين الرجال أكثر من النساء (٤٨ : ١٣٥).

(٣) عرض فلاندرز دنبار عن مراحل حدوث القرحة وخصائص المرضى بها: وتذهب فلاندرز ودنبار إلى أن هناك أربع مراحل تحدث خلالها قرحة المعدة.

أولها: الإضطرابات الانفعالية التي تؤثر في الألياف العصبية Nerve Fibre بالدماغ الوسط والموصلة للجهاز المعدي.

ثانيها: أن هذه الاضطرابات تؤثر في إنتاج حامض الهيدروكلوريد (هيدروجين وكلوريد ومعنى الاصطلاح .H.A كما في القاموس العصري: ماء الذهب أو النار Hydrocholoric acid) حيث يؤدي كثرة إنتاج الحامض عن الحد المطلوب للهضم إلى الضرر، ونتيجة لذلك يحدث الجوع أي يصبح الجسم في حاجة إلى الطعام فيأكل الإنسان أكثر مما يحتاج فيحدث الضرر.

وثالثها: ظهور التوتر في العضلات الملساء وتضطرب عمليات التقلص بها وبدلاً من أن يمر الطعام المحفوظ في المعدة في خطه العادي للهضم فإنه يهيج البطانة.

ورابعها: اتحاد حامض الهيدروكلوريد وتوتر العضلة فيزيدا من النشوة الموجودة على جدار البقعة الهضمية وتصبح القرحة واضحة وترى بأشعة إكس.

وتقول دنبار: لقد كان العلاج في الماضي عبارة عن الغذاء القلوي المهدىء Soothing alkakine diet، أو كانوا يزيلون القرحة.

أما حديثاً فإنه يتم بتر العصب الحائر والذي يحمل الدفعات المزعجة. وتعلق دنبار على ذلك بصورة رمزية فتقول لا بد من قطع الأسلاك التليفونية لتحاشي الأخبار السيئة، إلا أن هذا لن يوقف الأخبار إذ أنها ستأتي بطريقة أخرى.

ثم تذهب دنبار إلى القول بأن مرضى القرحة عامة فوق المتوسط في

الذكاء، يحبون التكلم عن أنفسهم كما يعرفون جيداً أن هناك نوعاً من الأساس العصبي لآلامهم رغماً من أنهم يميلون إلى القاء العبء على عوامل أخرى فنجدهم يقولون: «إن حظي صعب جدا، يا دكتور، وهذا ما جعلني مريضاً». كما يشير الحديث مع أمهاتهم إلى حدوث مصاعب في الرضاعة في الأشهر الأولى من حياتهم كما يحدث لهم مغص فيما بعد، كما قد يكون لديهم ضعفاً عضوياً يهيئهم للقرحة وتتوقف طفولة المريض بالقرحة على أمه، وهو لا يرضى بهذا الاعتماد، وبكبره فإنه باستمرار يتمزق لوقوعه في صراع بين رغبة الاعتماد على أمه، أو زوجته، أو صديقه واضطراره لتأكيد استقلاله.

كما أن نشاط وطموح مريض القرحة ما هو إلا ستار لاعتماده، إنه يريد فقط أن يكون نشطاً ويهرب من شعوره بالنقص (٦٨ : ١٢، ٢٠٩، ٢٥٤).

(٤) عرض برجمان والفارز عن علاقة القرحة بالعوامل الانفعالية: أكد كل من برجمان والفارز Bergmann & A lvarez على العوامل الانفعالية الشعورية وعلاقتها بقرحة المعدة. ووجه الفارز الانتباه لنموذج معين من الأفراد المستحدفين لإظهار قرحة هضمية وأشار إلى أنهم حادي المزاج وعصبيين ونشطين، قاسوا من الحياة، ويرفض الجراحون إجراء جراحة لهم بسبب خطورة عودة القرحة. ويشير الفارز إلى أن تقلص الشرايين arterial spasm قد يكون أحد الروابط بين الانفعالات وتكون القرحة (١٠٤ : ٣٥).

(٥) عرض الفارز وهارتمان ودارير عن بناء شخصيات مرضى القرحة: ركزوا مثل برجمان على العوامل الانفعالية ولاحظوا أن السمات الظاهرة في بناء شخصيات مرضى القرحة كما يظهر في كلامهم تتمثل في أنهم أهل للثورت، والنشاط، والإنتاج، والمنح وتقديم العون للناس، وتحمل التبعات لا التوكل على الناس ولا سؤالهم (٣٣: ١٣).

(٦) عرض الكسندر عن رأي التحليل النفسي في مريض القرحة: يذهب الكسندر إلى أن التحليل النفسي لهؤلاء المرضى أظهر لديهم نكوصاً متميزاً للمراحل الأولى، ووجد في المرضى الذين درسهم رغبة قوية

للاعتماد على الآخرين اتضحت في الحياة النفسية اللاشعورية، لكن من الناحية الشعورية تتسلط على المريض أفكار النجاح والنشاط والاستقلال، وعندما لا ترضي الشهوات اللاشعورية Uncon. Cravings فإنهم يجدون تعبيراتها بطريقة بدائية.

فالرغبات المبكوتة كأن يحبوا ويعتني بهم تجد تعبيراً حركياً في إنتاج أعراض المعدة (١٠٤ : ٣٥).

(٧) **عرض زيور عن سلوك مرضى القرحة**: يذهب إلى أن مما يميز سلوك هؤلاء المرضى هو التنكر لما يصطرع في أنفسهم من حاجة إلى التماس الحب، والركون إلى الغير فعوضاً عن أن يتلقوا من الغير يبذلون العطاء، وبدلاً من الاعتماد على الغير نراهم يجهدون في سبيل الاستقلال، وبدلاً من الاتكال على الغير، وطلب العطف يصطنعون الزعامة. ولكن هذا التنكر لميولهم الدفينة، وهذا السلوك المضاد لما يتلهفون عليه في قرارة أنفسهم يضاعف من إلحاح هذه الميول ويزيد من ظمئهم إلى أن يكونوا موضع العناية والحب. أما الدافع إلى تنكرهم لميولهم الدفينة فهو ما يشعرون بما تنطوي عليه من رده إلى مرحلة الطفولة المبكرة حيث كان الطفل معتمداً على والديه يتلقى الحب منهما وتلك صفات لا تتلاءم والشخصية الناضجة فلا بد من نبذها.

وتتضح العلاقة بين ما يدور من صراع في نفوس هؤلاء المرضى وبين اختلال وظائف المعدة في أن الميول إلى تلقي الحب والعون ترتبط بعمليات التغذية منذ مراحل النمو الأولى إذ يقترن تناول الطعام بتلقي الحب في نوع من الشرطية التي كشف عنها بافلوف بحيث يصبح استقبال الطعام رمزاً مؤذناً وبشيراً بقدوم الحب ويصبح الجوع وعاءً للطعام والحب معاً. وعندما تعرض سبل التنفيس دون الميل إلى التماس الحب فإن الحرمان الذي يفرضه هؤلاء المرضى على أنفسهم لا يلبث أن يستثير وظائف التغذية وتنشيط المعدة إلى الحركة وإلى إفراز عصيرها كأنها تتأهب لاستقبال الطعام.

وكلما كان المتنكر لهذه الميول عظيماً كان إلحاحها شديداً وكان بديلها الفسيولوجي أي نشاط المعدة إلى الإفراز كبيراً. ويكون إفراز المعدة في هذه الظروف غير طبيعي لأنه غير مقترن بتناول الطعام أو بالتأهب له بحيث أن تدفق العصير المعدي الحامض مع خلوها من الطعام لا بد أن ينتهي إلى اضطراب فرض تفصح عنه هذه الأعراض المؤلوفة مثل الألم والحرقان والتجشؤ لا تزول حتى يتناول المريض طعاماً أو أملاحاً قلوية أو يقيء (٣٣: ١٣).

(٨) **عرض ليرد ولبرد عن شخصية مريض القرحة**: يذهبان إلى أن الحنق عامل في تسبيب القرح لكنه نوع آخر من الحنق عن الذي في ضعط الدم. فحنق ضغط الدم يكون تجاه كونه مرءوساً، وحنق القرحة يكون تجاه الدنيا عامة لعدم تركها له ليكون أكثر نجاحاً. وتتمثل شخصية المريض بالقرحة في التماسه الحب والاستحسان أكثر مما كان يتلقاه في الطفولة.

وعدم وجود الحب يعطيه شعوراً بالفشل، ومزاجه المرضي ضد العالم عامة يحمض معدته. ولا تغير الأدوية التي يتعاطاها لحموضة المعدة من الاتجاهات المزاجية المرضية Sour attitude إذ يعطي راحة جسمية مؤقتة فقط.

وبعد الهجوم الانفعالي تبدأ المعدة التي يزداد فيها الحامض في تركيز نفسها في مكان واحد وتكون تلك بداية القرحة. ويذهبان إلى القول بأن بعض القرح تبدأ من أسباب جسمية لكن الكثير أصله انفعالي وإذا أزيلت القرحة قد تتكون أخرى إذا استمر الشخص على شخصيته.

كما أن النجاح لا يعالج شخصية المريض بالقرحة، فالإنسان يحتاج لأشياء يأمل لا شعورياً أن النجاح يأتي بها كالحب والاستحسان. فالرئيس الذي لا يقول كلمة حسنة يتكر الموظفين يخمنون عما إذا كان مستحسناً إياهم أم لا وهذا يزيد من إظهار القرحة لديهم. كذلك فإن التنافس والخصام بين الموظفين يزيد من نموذج القرحة.

(٩) عرض دانييل لاجاش عن خصائص مريض القرحة: يقول لاجاش: ينحصر عصاب المعدة في اضطرابات مزمنة في حركات المعدة وإفرازاتها ولا يعتبر إفصاحاً عن انفعال أو تصفية له بل هو المصاحب الفسيولوجي له وهو يصيب مرضى يحتاجون إلى أن يحبهم الآخرون وأن يعنوا بهم، ويعانون من «الجوع إلى الحب» وتلك حاجات لا يملكون أن يشبعوها بسبب مشاعر الإثم أو الخزي وبالتالي تظل هذه الحاجات محرومة من الإشباع.

ولما كانت هذه الحاجات وثيقة الصلة بالرغبة في التغذية وهي أول موقف يشعر فيه الطفل بإرضاء حاجته إلى حب أمه له وعنايتها فإن الحاجة المزمنة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط الحركي والإفرازات للمعدة. فالأعراض المعدية هي الأحداث الفسيولوجية المصاحبة للتوقع السلبي للتغذية والمقابل الفسيولوجي للانفعال وليست بديلاً عن الانفعال.

وتختفي الأعراض إذا أشبعت الحاجة إلى الحب والعناية بطريقة ما كأن يحصل المريض على هذا الإشباع أثناء وجوده في مصحة (٨: ١٤١).

(١٠) بحث فولوتز عن المضمون الفمي في قرحة المعدة: في بحث لفولوتز هوارد Wolowitz Howard عن المضمون الفمي في قرحة المعدة حيث طبق مقياس التقدير الذاتي لتفضيل الطعام للسلبية الفمية في مقابل الإرضاءات الفمية العدوانية وذلك على عشرين من الذكور المرضى بقرحة المعدة في المستشفى، وعلى مجموعة مكونة من ٢٣ مريضاً سيكاتريا بالمستشفى اعتبرهم عينة ضابطة وكانت درجات مرضى القرحة أكثر سلبية بدلالة عند ٠,٠٠٥ عن الضابطة.

ويدعم هذا فرض الكسندر في أن قرحة المعدة نتيجة مألوفة لحاجات فمية سلبية محبطة بتكوين عكسي دفاعي من جانب المفحوص أو حرمان خارجي، أي أن الأشخاص الذين يكون عندهم انشغال فمي سلبي يكونون مستهدفين للقرحة (١٠٨: ١٤١٥).

(١١) دراسة تابوروف وبراون عن خصائص شخصية الأطفال والمراهقين الذين لديهم قرحة: يهدف بحث تابوروف وبراون إلى وصف خصائص شخصية ومواقف الحياة لعدد صغير من الأطفال والمراهقين ذوي قرحة المعدة. فاختارا في الفترة من مارس ١٩٥١ حتى أغسطس ١٩٥٢ ست مرضى من الذكور شخصوا بأن لديهم قرحة أمعاء، وأعمارهم تتراوح بين ٧ سنوات وأربع شهور إلى ١٥ عاماً عند أول الفحص، وكانت لديهم أعراض في أسفل قناة المعدة والأمعاء من مدة ٣,٣ عاماً حتى بداية البحث. ولم يكن موجوداً في أي مريض من هؤلاء جروحاً في المخ أو حروقاً أو عدوى، وطبقت عليهم إلى جانب المقابلات السيكاتريه بطارية اختبارات تتكون من وكسلر بلفيو، ورورشاخ، وتفهم الموضوع، ورسم الأشكال، وبندر جشتالت.

ولقد اتفقت نتائج الاختبارات السيكولوجية اتفاقاً محكماً مع وصف الوالدين وملاحظات السيكاتريين.

ولقد تراوحت نسبة ذكاء وكسلر الكلية لهؤلاء الأولاد بين ٧١ ـ ١٢٦، ومريض واحد كان في حدود الضعف العقلي، وربما عزى ذلك للاضطراب الانفعالي الشديد.

ولقد كانت الصورة البارزة للاختبارات هي العنصر الفصامي خاصة الأولاد الذين في عمر المراهقة، واهتمام المراهقين بالموت ظهرت في قصص الانتحار على اختبار تلكم الموضوع .T.A.T، وتكرار موضوعات الحرمان. كما ذهب الآباء إلى أن أولادهم يعتمدون على الأم، وعبر البعض عن الرغبة في الاستقلال(١٠٣ : ٣٧٧).

تعليق على الباب الرابع: حاولنا على مدى الصفحات السابقة وفي تسعة فصول متضمنة ثلاثة أبواب معالجة موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية من الناحية التاريخية من جهة مركزين على موضوع التوافق، ومن ناحية ثانية على أهمية المشكلة وحجمها أي كم من الناس يكونون

سيـيء التوافق أي يقعون في هذه الاضطرابات وذلك على المستوى العالمي بوجه عام وفي المجال الصناعي بمصر بوجه خاص.

ثم عالجنا مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي والتجارب والدراسات التي تؤكد هذا المفهوم تأكيداً إجرائياً، وبعد ذلك تكلمنا عن علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالعصاب وبالمرض العضوي، ثم حاولنا أن نبين كيف تنمو وتتكون وتتشخص الأعراض السيكوسوماتية وما هي الميكانيزمان التي تعمل في هذه الاضظرابات.

وفي الفصلين الأخيرين المتضمنين في الباب الثالث عرضنا أهم أشكال الاضطراب السيكوسوماتي واقتصرنا في معالجتنا لهذه الأشكال على اضطرابات جهاز القلب والأوعية الدموية، واضطرابات الجهاز المعدي معوي وكانت المبررات التي تقف وراء ذلك هي: أننا لسنا بصدد تأليف مرجع نظري عن الاضطرابات السيكوسوماتية ولكننا بصدد القيام ببحث علمي عن الاضطرابات السيكوسوماتية بوجـه عام دون تخصيص ويكفي ما عرضناه في البابين الأولين من هذه الدراسة لتغطية حاجة هذا البحث من دراسات نظرية، لتفسير نتائجه، إضافة إلى اقتصار عينة البحث الحالي عليهما.

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى أن فئتي جهاز القلب والأوعية الدموية، والجهاز المعدي معوي تمثلان ستة عشر حالة (٨ لكل جهاز) من حالات البحث التجريبـي الذي قمنا باجرائه بينما تتوزع باقي الحالات التسع (٢٥ ـ ١٦ = ٩) على باقي الأجهزة التي بها اضطراب سيكوسوماتي وقد سمح العدد في الفئتين بإجراء المزيد من المعالجات الإحصائية بينهم وبين الأسوياء بحيث تحتاج النتائج المستخرجة في مثل هذه الحالة للتفسير على نحو خاص، لا تصلح معه الدراسات والبحوث المختلفة عن الاضطرابات السيكوسوماتية لتفسيرها فقط بل تحتاج إلى جانب ذلك إلى البحوث والدراسات المختلفة عن هاتين الفئتين لكي تستطيع تفسير ما قد نصل إليه من نتائج، خاصة وأن لكل فئة من هذه الفئات محدداتها الخاصة التي تعمل لإنتاج الاضطراب.

الباب الخامس

عوامل التوافق المهني وفروض البحث

الفصل الخامس عشر

(أ) البحوث والدراسات المتعلقة بالتوافق المهني والمفاهيم الخاصة به.

(ب) اختيار عوامل التوافق المهني في هذه الدراسة.

(جـ) أهداف البحث وفروضه.

الفصل الخامس عشر

المفاهيم والآراء المتعلقة بالتوافق المهني

مقدمة عن معنى التوافق العام: يلجأ الإنسان حين يواجه عقبات أو مشاكل لا يستطيع حلها بما لديه من خبرات وبما زود به من سلوك، إلى تعديل سلوكه حتى يتلاءم مع هذا الظرف الجديد ويسمى هذا التعديل أو التحوير في السلوك بالتكيف أو بالتوافق. ولا شك أن كل فرد يختلف عن الآخرين من حيث قدرته على التوافق وأسلوبه في التوافق اختلافاً كبيراً. فمن الناس من يسلك سلوكاً سوياً فيحاولون إزالة العقبة أو حل المشكلة بطريقة إيجابية إنشائية، فإن لم يستطيعوا ذلك بحثوا عن مخارج أو بدائل أخرى لإشباع حاجاتهم ودوافعهم التي أعيقت عن الإشباع. ومن الناس من يستجيب للمشكلات بطرق ملتوية أو شاذة كالاندفاع في الغضب، أو الاعتداء على الناس، أو الانسحاب والانطواء على النفس، أو كالاحتماء بمرض جسمي يبعده عن المشكلة أو يكون مبرراً لفشله.

إذاً فإن أصل عملية التوافق أنها عبارة عن نشاط يقوم به الفرد بفعل دافع من الدوافع فإذا واجهته عقبة تحول دون الإرضاء المباشر لهذا الدافع، يقوم بمحاولات متعددة حتى يصل في النهاية إلى حل ما، قد يرضي الدافع غير المشبع بالفعل، أو يكون حلاً جزئياً لا يرضي الفرد إرضاءاً تاماً، أو يعجز الفرد عن تحقيق ما يريد وعن معرفة ما يجب عمله لإزالة العقبة فيعاني من أزمة نفسية.

أما إذا استطاع الفرد بحكم بنائه البيولوجي وتنشئته الاجتماعية أن

يعيش الحياة عيشة راضية ناجحة في نطاق قدراته واستعداداته قيل إنه سوى التوافق.

أما إذا لم يستطع على الرغم مما يبذله من جهود قيل إنه سيء التوافق Maladjusted (٢ : ٣٨٧).

نجد في العرض السابق لما نعنيه بالتوافق العام أن هناك عدة مفاهيم لا بد أن نوضح ما نعنيه بها وهي:

التوافق: التوافق هو قدرة الفرد على التواؤم مع نفسه ومع السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه من مختلف نواحيه الأسرية والمهنية والاقتصادية والسياسية والدينية، ويعرف توافق الفرد مع نفسه بالتوافق الذاتي، كما يعرف توافق الفرد مع المجتمع بالتوافق الاجتماعي.

التوافق الذاتي: هو رضا الفرد عن نفسه، وأن تكــون حياته النفسية خالية من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب والقلق والنقص.

ومن العوامل الأساسية التي تساعد على التوافق الذاتي إشباع الفرد لدوافعه المختلفة بصورة ترضي المجتمع وترضي الفرد في آن واحد، وبحيث يكون الإرضاء غير ضار بالآخرين ومتطابق مع معايير المجتمع.

كما أن الفرد غير المتوافق مع نفسه شخص يواجه صراعاً بينه وبين نفسه يستنفذ الكثير من طاقته والتي كان من الممكن أن تستخدم في مواجهة الحياة. لذا نجد مثل هذا الفرد سريع التعب، عاجزاً عن الاستمرار في الإنتاج وبذل الجهد لسلب الصراعات النفسية قواه.

التوافق الاجتماعي: هو قدرة الفرد على أن يقيم علاقات اجتماعية سوية مع من يعيش معهم أو يعملون معه من الناس، علاقات لا تتصف بالصراع أو الشعور بالاضطهاد، ودون أن يشعر الفرد بحاجة ملحة إلى السيطرة أو العدوان على من يقترب منه.

والمتوافق مع المجتمع تكون لديه القدرة على ضبط النفس في المواقف التي تتطلب ذلك فلا يثور لأسباب صغيرة واهية.

التوافق والصحة النفسية: الصحة النفسية حالة يخبرها الفرد بنفسه وتبدو في عمله وإنتاجه وعلاقاته مع الآخرين أي تبدو في «توافقه الذاتي» و «توافقه الاجتماعي». والصحة النفسية ترتبط بالكثير من العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية والمؤشرات الدالة على الصحة النفسية ما يلي:

١ ـ سلامة الجسم بوجه عام وخاصة حالتي الجهاز العصبي والجهاز الغدي.

٢ ـ خلو الشخصية من التوترات والصراعات النفسية المستمرة.

٣ ـ سواء البيئة الاجتماعية الخاصة بالفرد فيما تطلبه منه وعدم تطرفها في وسائل الكبح والحرمان.

سوء التوافق: إن استطاع الفرد أن يعيش مع الآخرين حياة ناجحة منتجة قيل إنه «سوى التوافق»، فإن عجز عن ذلك بالرغم مما يبذله من جهود للتكيف قيل أنه «سيء التوافق» أو أنه يعاني اضطراباً في الشخصية والذي يأخذ صوراً متعددة كالعصاب، والذهان، والأمراض الجسمية النفسية المنشأ، والجناح والجريمة والانحرافات الجنسية.

عوامل سوء التوافق: إن لم يكن لسوء التوافق أساس عضوي كتلف في الأنسجة العصبية، أو اضطراب في الغدد، أو تسمم ناتج من ببعض المعادن كالكربون كما يحدث أحياناً في صناعات البطاريات أو النسيج، كانت العوامل النفسية الاجتماعية هي العوامل الجوهرية الغالبة في إحداث الاضطراب. وسمي الاضطراب وظيفياً كما هو الحال في الأمراض النفسية، وبعض الأمراض العقلية، والأمراض السيكوسوماتية، والانحرافات الجنسية، والإجرام.

هذه الاضطرابات الوظيفية لا ترجع لعامل واحد بل لعدة عوامل

تختلف في نوعها وأهميتها وترتيبها الزمني. فهناك العوامل الممهدة أي العوامل التي تهيىء الفرد للوقوع في الاضطراب مثل العوامل الوراثية، والتربية اللاسوية أو عدم الشعور بالأمن في الحياة.

وهناك العوامل المعززة التي تتوسط الطفولة وعهد الكبر فتخلق في نفس الفرد أزمات تدعم أزمات الطفولة، فتزيد من حساسية الفرد وتضعف من مقاومته ومن هذه العوامل عدم الرضا المهني، أو الخوف من فقد المكانة أو المركز الاجتماعي.

أما العوامل المباشرة أو المعجلة فهي العوامل التي يعقبها الانهيار مباشرة وقد تكون جسمية كالإجهاد والضعف والمرض الجسمي، أو تكون صدمات نفسية كخسارة مالية أو موت أو فشل عاطفي.

ونستطيع أن نضع ما سبق في صورة أخرى، فنقول إن العوامل المختلفة المؤدية لسوء التوافق بمختلف أنواعه يمكن أن ترد جميعها آخر الأمر إلى وجود عقبات وعوائق مادية أو جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية تحول دون إرضاء الدوافع الأساسية للفرد وبلوغ أهدافه، عقبات ينجم عنها صراع بين الفرد وبيئته أو بين الفرد ونفسه (٣: ٤٧٠).

وجهات النظر الخاصة بسوء التوافق(*): لا يوجد خط قاطع بين ما هو سوى وما هو شاذ ففي أي جماعة من الجماعات لا نستطيع أن نقول بقدر كبير من الثقة «أن هذا سوى» إلا إذا كان الشذوذ واضحاً تماماً. وهناك العديد من وجهات النظر المختلفة والخاصة بسوء التوافق، مثل وجهة النظر الباثولوجية والتي تنظر للسلوك الشاذ على أساس أنه حالة مرضية أو مضطربة نستدل عليها من وجود أعراض إكلينكية معينة (كالمخاوف والهلوسات)، وهذه الوجهة من النظر تفترض أن الشخص الذي يملك «شخصية سوية» هو شخص بلا أعراض. ووجهة النظر الثانية إحصائية تعتمد على فكرة المنحنى الاعتدالي الذي يصور لنا المفهوم الإحصائي للسواء والشذوذ، حيث يفترض أن معظم الناس الذي يتجمعون في منتصف

(*) انظر بالتفصيل الفصل الثاني: معايير السواء واللاسواء صفحة ٣٤.

المنحنى أسوياء وأن الحالات القليلة على جانبي منتصف المنحنى هم الشواذ.

أما وجهة النظر الثالثة فهي الحضارية حيث يعتبر سلوك الفرد شاذاً أو سوياً طبقاً للوسط الاجتماعي الحضاري الذي يتحرك فيه، فالمجتمع يضع معاييره الثابتة الخاصة به دون غيره ولا يوافق على أي انحراف عنها (٤٨ : ١٣٥).

معنى التوافق المهني: يعرف سكوت وزملاؤه Scott التوافق المهني بأنه: توافق الفرد مع بيئة عمله، فهو يشمل توافق الفرد لمختلف العوامل البيئية التي تحيط به في العمل، وتوافقه للتغيرات التي تطرأ على هذه العوامل بمرور الزمن، وتوافقه لخصائصه الذاتية.

وهكذا فإن توافق الفرد مع صاحب العمل، ومع المشرف عليه، ومع زملائه، يعتبر هذا جميعه متضمنا في مفهوم التوافق المهني (٢٦ : ١٥٥).

شروط التوافق المهني: وللتوافق المهني شروط نجملها في:

١ ـ شعور العامل بالرضا عن مستواه الاقتصادي.

٢ ـ شعوره بأن صاحب العمل يقدره ويهتم به، لا من حيث هو منتج بل من حيث هو إنسان له مكانته الذاتية.

٣ ـ إدراكه أن رؤسائه أو المشرفين عليه ليسوا يتصيدون أخطاءه بقدر ما هم موجهون يحرصون على مصالحه قدر حرصهم على مصالح العمل.

٤ ـ حبه لنوع العمل الذي يؤديه.

٥ ـ توفر فرص الترقي في العمل.

٦ ـ توفر فرص التدريب المهني في العمل.

٧ ـ توفر فرص الاستفادة من أفكاره وآرائه الخاصة بالانتاج وتحسينه.

٨ ـ شعوره بالأمن والاستقرار النفسي في العمل (١٨ : ١).

علاقات العمل المرتبطة بالتوافق المهني: كذلك فإن هناك مجموعة من العلاقات في مجال العمل يتيح توفرها للعامل الأمن النفسي والتوافق الصحيح مع أفراد المؤسسة وآلاتها وظروف العمل وهي:

(أ) **علاقة العامل بعمله**: فبازدياد التوسع الصناعي يزداد تنوع المهن ويتسع التخصص فيها، وتصبح المهنة متضمنة لعدد من المهن والتي تهدف لزيادة الإنتاج.

وأما ما نجده من عمال يتنقلون من مهنة لأخرى في أوقات قصيرة والذين يعجزون عن الاستقرار في مهنة معينة هم هؤلاء العمال الذين لم يجدوا العمل الذي يناسبهم منذ البداية ولعلنا ندرك مقدار ما يعانونه، من كثرة التنقل بين الأعمال، من شعور باليأس وفقد الثقة بالنفس، وما ينتج عن ذلك من تحويل العدوان المسبب الناجم عما يصادفه من إحباط متكرر إلى علاقاته مع زملائه ومع المؤسسة نفسها.

(ب) **علاقة العامل بنظام المؤسسة**: إن العامل المتوافق توافقاً سوياً مع عمله عادة يكون على علاقة حسنة بنظام المؤسسة ولوائحها الإدارية. وإن الخبير بشكاوي العمال يجد أن أغلبها يصدر عن الفاشلين في أعمالهم، فالذي لا يجد الرضى النفسي عن طريق العمل يرضي نفسه عادة بتقديم الشكاوي ضد الآخرين وبالقيام بالاضطرابات داخل المؤسسة، وبذلك ينجح في صرف غيره عما فشل هو فيه ويرضى اعتباره لذاته عن طريق تزعمه لهذه الحركات.

(جـ) **علاقة العامل بالرؤساء**: وكثيراً ما تكون الشكاوي ناتجة في أساسها عن علاقة رئيس متعسف بالعمال الذين يشرف عليهم بينما تتخذ الشكوى مظاهر مختلفة أخرى.

وليست هذه الظاهرة خاصة بالمؤسسة الصناعية وحدها، بل إن علاقة الرئيس بالمرؤوسين عامل هام في إشاعة الأمن النفسي في كل بيئة.

فالرئيس الاستبدادي يشيع بين مرؤوسيه السلوك العدواني، أما الديمقراطي فيشيع التفاهم والصداقة بينه وبين الذين يعملون معه.

(د) علاقة العامل بزملائه: إن طبيعة العمل الصناعي تقتضي دائما تكوين علاقة نفسية بين كل عامل وزملائه وبين المشرف وزملائه، فالمجال النفسي لكل فرد في جو المؤسسة الصناعية يتضمن غيره من الأفراد وخاصة الزملاء. والتفاعل النفسي ينبني على علاقة ذات طرفين هما الأخذ والعطاء.

وعلاقة العامل بزميله تتحد بتفاعل السمات الشخصية لهما، وعن طريق هذا التفاعل تتكون من الهيئة الكلية جماعات غير رسمية، تتفق في الأمزجة والسمات بوجه عام وتصح لها أهداف موحدة.

وقد تفرض هذه الجماعات فرضاً عن طريق تقسيم العمل وتنظيمه، وهنا قد يؤدي تفاعل الشخصيات المختلفة إلى مظاهر الصراع وظهور الزعامات.

والظاهرتان الأساسيتان اللتان تحددان العلاقة بين العامل وزميله داخل مؤسسة العمل هما «التعاون والتنافس» حيث إذا لم تستخدم تلك الظاهرة الأخيرة استخداماً صحيحاً أدت إلى المنافسة الفردية والتي تؤدي دورها لافساد العلاقات الداخلية بين العمال وتبادل مظاهر العدوان الناشىء عن الإحباط الذي تحدثه هذه المنافسة الفردية بين الزملاء في عمل واحد.

(هـ) علاقة العامل بظروف العمل: ويقصد بظروف العمل الشروط المادية التي يعمل فيها من ضوء وتهوية ورطوبة ونظام فترات العمل والراحة... الخ، فقد يختار العامل اختياراً نفسياً صحيحاً فيوضع في المهنة التي تناسبه من حيث الميول والاستعدادات والسمات الانفعالية، وقد يدرب تدريباً ناجحاً على استخدام قدراته على أحسن وجه لصالحه وصالح المؤسسة بحيث تتاح له أكبر فرصة ممكنة للتوافق الصحيح مع بيئة العمل.

ولكن ينبغي فضلاً عن ذلك أن تهيأ له أسباب الاحتفاظ بهذا التوافق

الصحي بتوفير الظروف للبيئة الطبيعية لدوام هذا التوافق وتحسنه.

(و) **علاقة العامل بآلات العمل**: بالإضافة إلى اللوائح والأشخاص الذين يتعامل العامل معهم، فإنه يحتك بالآلات والأدوات التي يستخدمها والتي يتوقف إنتاجه وتوافقه العام على سيرها.

وزيادة على ذلك فإن سلامته وأمنه يتوقفان على حسن استعمالها بحيث نضمن بذلك عدم تعرضه للحوادث.

(ز) **علاقة العامل ببيئته خارج المؤسسة**: فليس العامل عضواً في مؤسسة العمل فحسب، بل هو عضو في جماعات كثيرة متعددة الأهداف ووجهات النظر. ويختلف مركزه في كل منها عن الأخرى فهو عضو في أسرة يسيطر عليها، ثم هو فرد في جماعة الشارع أو النادي... وهكذا. وهو محتاج في كل هذه الجماعات لدرجة كافية من التوافق النفسي حتى يكون مع كل فرد من هذا العدد الكبير من الأفراد الذين يتعامل معهم علاقات صحية خالية من الشذوذ ويصادف العامل في سبيل الحصول على هذا التوافق صعوبات شخصية متنوعة. وبقدر تغلبه أو نجاحه في التغلب على هذه الصعوبات يشعر العامل براحة نفسية عامة تنعكس على المظاهر المختلفة لحياته وأهمها العمل (١٠ : ٥٣).

سوء التوافق المهني: الإنسان وحدة متكاملة بحيث نجد أن الاضطراب في جانب منها ينعكس على جوانبها الأخرى وهذا بالطبع على خلاف ما كان يعتقد البعض من أن سوء التوافق المهني يرجع إلى نقص في قدرة العامل أو اجتهاده أو استعداده أو تدريبه أو إلى ظروف العمل السيئة، ولا شك أن هذه عوامل بالغة الأهمية غير أنها ليست العوامل الوحيدة أو العوامل الغالبة إذ قد تأكد أن سوء التوافق الذاتي والاجتماعي له أثر أكبر من أثر هذه العوامل.

فالإنسان يلتحق بعمله بماضي طويل اكتسب من خلاله اتجاهات نفسية، وعقد نفسية مختلفة، وعادات صالحة أو غير صالحة للتعامل مع

الناس كأن يكون قد نشأ على كراهية شعورية أو لا شعورية لأبيه تجعله عاجزاً عن التفاهم أو التعاون مع رئيسه فالرئيس يمثل سلطة الأب ونفوذه.

أمثال هؤلاء لا يمكنهم مسايرة الزملاء والرؤساء والتكيف السليم لأعمالهم فيقعون في مرض القلق والعصاب والمرض السيكوسوماتي.

أما الخسارة المادية التي تحدث بالصناعة من جراء من ساء توافقهم فخسارة تتمثل في الأخطاء التي يرتكبونها والحوادث التي يتورطون فيها، وضعف قدرتهم على الإنتاج والغياب وترك العمل (٣: ٤٧٠).

ويذهب البعض إلى أن مصدر ذلك أي مصدر سوء التوافق يتمثل في المواقف أو الأعمال التي تثير وخز الضمير أي كل ما يمس كرامة الفرد واحترامه لنفسه، وكل ما يحول بينه وبين تأكيد ذاته وحين تثبت له الظروف أنه ليس من الأهمية أو من القوة ما كان يظن، وحين يستبد به الخوف من فقدان مركزه الاجتماعي (٣: ٤٧٠).

ويمكن أن نوجز فيما يلي أهم عوامل سوء التوافق المهني:

١ ـ الانصراف عن مناقشة الموضوعات المرغوب فيها، أي اتباع سياسة كتم النفس.

٢ ـ منع الأفراد من تكملة العمل مما يخلق لديهم التوتر والقلق.

٣ ـ الإدخال في روع الأفراد إحساساً بالفشل، وتشكيكاً لقدرتهم الخاصة.

٤ ـ عدم إعطاء الفرد الفرصة للتعبير عن نفسه وتأكيد الذات وذلك بالتدخل من الخارج.

٥ ـ القيادة غير المرضية.

٦ ـ الحوادث والأمراض المهنية.

٧ ـ الغياب والاضطراب.

٨ ـ العصاب والاعتلال الصحي والتعب الصناعي.

٩ ـ التنقل في العمل (٦: ٢٨٨).

البحوث والدراسات المتعلقة بالتوافق المهني

نستعرض فيما يلي أهم ما كتب في موضوع التوافق المهني وهو الشق الثاني من عنوان هذه الدراسة «علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة»، بهدف الكشف عن جوانب وأبعاد ذلك الموضوع لأنه سيفيدنا في اختيار عوامل التوافق المهني التي تعتمد عليها إجراءات هذه الدراسة وفروضها ولا ننكر منذ البداية أن للتوافق العام علاقة بالتوافق المهني ولذلك فإن بعض الآراء التي سنستعرضها ستتناول المقصود بالتوافق العام للفرد:

(١) **رأى أنجل عن التوافق مع البيئة**: ولقد أوضح جيمس رولاند أنجل Angell J.R.A. الذي ظل سنوات عديدة مديراً لجامعة ييل أن الشعور يصبح «الأداة الرئيسية» لعملية التوافق مع البيئة حين لا تسعفنا الأفعالا الموروثة أو الوسائل الآلية.

ونظراً لأننا حتى الموت لا نصل إلى التوافق التام النهائي فإننا نستمر في القيام بعمليات التوافق الواحدة تلو الأخرى، ونتيجة لذلك فإن العمليات الشعور ية كثيراً ما تساهم في تحقيق هذه التوافقات، وبتعاون كل من الحياة الجسمية والحياة العقلية بحيث يشمل النشاط الكائن الحي بأكمه.

وإن أحسن مثال لتوضيح وجهة نظر أنجل في كيفية عمل العمليات الشعورية لمصلحة الإنسان وبقائه يستمد من معالجته لموضوع الانفعال والوجدان.

فقد قام دارون Darwin بملاحظات عميقة لاتجاهات وجدانية في الناس والحيوانات وحاول الكشف عن القيمة التوافقية للصراخ والزئير والوقفات التوترية وانتصاب الزوائد الجلدية كالشعر والريش. فوجد أن صرخة الحيوات القوية الخشنة عند التعب يحتمل أن تكون ذات قيمة في إرعاب العدو.

وربما كانت قيمة تلك التعبيرات الوجدانية بالنسبة للإنسان المتحضر أقل مما هي عليه لدى الحيوان. ويقول أنجل: إننا نستفيد من الغضب والخوف الشديدين فهما بمثابة تغيير إجباري في تواصل حياتنا العقلية مما يجعلنا نشعر شعوراً حاداً بالأزمة التي يجتازها الفرد وبضرورة إيجاد حل توافقي لها، وكان رأي أنجل أن الانفعال القوي يظهر حين يكون هناك صراع بين الدوافع التي تستثيرها المواقف الخاصة. وأن الإحساس باللذة والكدر المتصل بالحياة الوجدانية وثيق الصلة بطبيعته بأهداف الكائن الحي. وتبعاً لأحد الآراء لو سار نشاطنا العقلي من غير ما عائق نحو هدف معين نحس بالارتياح أما إذا صادفنا لأي سبب ما يعوق تقدمنا نحو الهدف فإننا نحس بعدم الارتياح (٣٥: ٩٧٠).

(٢) رأي التون مايو عن العلاقة بين التوافق الاجتماعي والعمل: يقول مايو: يحتاج الطفل في كل مراحل نموه الأولي إلى منزل عادي التكوين كما يحتاج للحب أيضاً، وبنفس القدر إلى مرافقة أطفال في نفس سنه تحت الظروف التي يهيئها مجتمع منظم.

فوحدة التفاهم الاجتماعي ليست هي الفرد الإنساني ولا هي الأسرة بل هي مجموعة من الأسر تعيش في علاقة منتظمة مع بعضها البعض.

ولقد نجح فرويد في إيضاح أن الشخص القلق يكون غير متوافق اجتماعياً، وأن اتجاهاته تكون ملتوية نحو أسرته الخاصة، ويدل البحث على أن الأسرة هي التي تكون قاصرة في انتسابها للحياة الاجتماعية.

فتأثير أبحاث فرويد إذن توضح أن عدم التوافق لدى الشخص العصابي هو عدم توافق اجتماعي، ويستطرد التون مايو قائلاً بأن الأستاذ هالفكس Hallvachs يرى أن أسباب التفكك هو العجز عن أداء الوظيفة على النحو الذي قد تحدث به في أي آلة معقدة وفي أي كائن دقيق فإنها تعزى لتركيب الكائن أو الآلة. ويقول هالفكس أيضاً: إن أهم مشكلة تواجه

مجتمعاً معقداً سريع التغير هي استنباط السبل التي تضمن بقاء التكامل الاجتماعي للوظيفة ويحتمل أن يمثل العمل الذي يؤديه الشخص أهم وظيفة له في المجتمع.

ويواصل ألتون مايو كلامه قائلاً: إن الإجابة على السؤال الذي طرحه قسم البحوث بهوثورن وهو «هل الحياة في مركز صناعي حديث تدعو العمال بطريقة ما، للقيام بطريقة حصرية أي بطريقة تتميز بالقلق يجب تأكيدها تجريبياً، وماذا يعني هذا التأكيد التجريبي؟» إن أي تفكك بهذا القدر يجب أن يكشف عن نفسه في عدم استقرار كبير في الاستهلاك الاقتصادي. فالجماعة التي كانت قد تعودت على طريقة معينة في الحياة تبدي مقاومة للتغير بنسبة تمسكها بطابعها المتكامل.

ثم يقول ألتون مايو: إن عدم التوافق الفردي ـ كما يقول بلانت J.S. Plant يجب البحث عنه في تغير الأنساق الاجتماعية وعدم استطاعة الفرد التوافق معها أو العجز عن مسايرة الآخرين فيها وذلك نتيجة تكوين الشخص أو تربيته الأولى في أسرة تسكن شقة ضيقة يقضي أفرادها ساعات من اليوم في الانتقال منها والعودة إليها.

(٣) رأى نورمان ماير عن علاقة الذكاء بالتوافق المهني: يقول ماير: من المتوقع أن يؤثر الذكاء في عدم الرضا، وبناء عليه في عدم توافق العمال بطريقتين: الأولى أن العمل الشديد الصعوبة يسبب اجهاداً مستمراً للفرد ذا الذكاء غير الكافي، فيتكرر التوبيخ إليه بسبب عمله السيء، ويكون قلقاً من تحمل المسؤلية، ويشعر بعدم الاطمئنان، وربما يترك عمله نتيجة ذلك، إذا لم يفصل.

والثانية أن الشخص المرتفع الذكاء قد يجد وظائف كثيرة مملة قد يترك عمله للبحث عن وظائف تكون على درجة أعلى من المهارة والقدرة. فإذا كان هذا التحليل سليماً يتوقع المرء أن يظهر عدم توافق العمال علاقات

مختلفة مع الذكاء في الوظائف المختلفة. وقد يتوقع كذلك أن يظهر كل من الذكاء وعدم التوافق علاقات مختلفة مع النساء والرجال لأن ترقية الرجال إلى المناصب ذات المسؤولية المعقدة أمر مألوف أكثر من ترقية النساء لهذه المراكز (٤٤: ٤٥٩، ٨٣٨).

(٤) رأى لورنس شافر في العملية التوافقية: يقول لورنس شافر: الحياة سلسلة من عمليات التوافق المستمر التي يعدل الفرد فيها سلوكه من أجل الاستجابة للموقف المركب الذي ينتج عن حاجاته وقدرته على إشباع هذه الحاجات.

ولكي يكون الإنسان سوياً ينبغي أن يكون توافقه مرناً وينبغي أن تكون لديه القدرة على عمل استجابات منوعة تلائم المواقف المختلفة لكي ينجح في تحقيق دوافعه. ويقول شافر: إنه يمكن تلخيص العملية التوافقيه في أربعة مفاهيم هي: الدافع، والاحباط، والاستجابات المنوعة، والحل، ويقول: إنه من الممكن ملاحظة مثل هذا التتابع في التوافق الاجتماعي المعقد لدى الإنسان. فإن فقد آنسان ما وظيفته لا يؤدي إلى إحباط حاجاته الاقتصادية وحسب بل يؤدي أيضاً إلى إحباط دوافعه الاجتماعية الهامة كالحاجة إلى القبول الاجتماعي والتقدير والكرامة وهو في محاولة الوصول إلى توافق بنائي سوى يبحث ويتقصى (استجابات منوعة) حتى يوفق في الحصول على عمل آخر (الحل).

ومما يستوقف الانتباه بصدد التوافق الاجتماعي لدى الإنسان ميله إلى عمل حلول بديلة غير وافية بالغرض فبدلاً من البحث عن وظيفة قد يقصد الرجل إلى بيته ويجتر خواطر التظلم من النظام الاقتصادي، أو قد يوجه اللوم إلى غيره على ما أصابه من تعطل، أو يدعي أنه مضطهد، أو يعتمد على الغير.

فالإنسان الذي يلقي الصد أو يكون في صراع يصبح في حالة اضطراب وتوتر ثم يزداد توتره شدة من الاستجابة الانفعالية النموذجية التي

تنتج عن الصراع والتي تسمى عادة: القلق، والقلق قريب من الخوف وهو الاستجابة لمصيبة متوقعة لموقف ذا قوة دافعة كبيرة يشعر الشخص فيه بالعجز وعدم القدرة على الوصول إلى حل بنائي.

وفي التوافق السوي يسعى الفرد إلى اشباع دوافعه وقد يحصل الشخص على هذا الإشباع من النجاح فعلاً أو من النجاح البديل في الهوايات أو الرياضة وهذه كلها حلول مرغوب فيها.

أما في التوافق غير السوي فإن دافع الشخص لا تكون الحاجة فيه إلى الإشباع الإيجابي بقدر ما تكون الحاجة إلى خفض قلقه وقد يكون على خشية من الخطوات اللازمة للنجاح الحقيقي ولكن عليه أن يصل إلى لون ما من التسوية في توافقه حتى يخفف من تعبه باصطناع المعاذير لقصور أدائه أو بالمبالغة في تصوير عجزه أو بأحلام اليقظة وكل هذه الحلول تعمل على خفض التوتر إلى حد ما لأنها تعين على تهدئة القلق حين يكف الأداء الفعلي.

ويقول شافر: ليس هناك إنسان يختار عامداً أن يكون سيء التوافق أو عصابياً وحتى الأسوياء من الناس لا يدركون دوافعهم بوضوح ولا كيف يشبعونها أو ينقصهم «الاستبصار». وبعبارة أخرى فإن كثيراً من عمليات التوافق الهامة لديهم «لا شعورية».

ويقول شافر: إن معنى اللاشعور هنا معنى وظيفي وطريقة في الأدار وليس شيئاً أو مكاناً وكثيراً من الدوافع والصراعات لا شعورية لأنه يتم تعلمها في فترة مبكرة من الحياة، ولكن بعضها الآخر يصبح لا شعورياً كوسيلة إلى التوافق «فعدم التفكير» في موضوع مؤلم إحدى وسائل التوافق معه وهي وسيلة يبلغ الناس من البراعة فيها حداً يدعو إلى الدهشة.

وينهي شافر كلامه قائلاً: قلما يظهر سوء التوافق أو الاضطراب العقلي فجأة بل إنه ينمو تدريجياً خلال فترات طويلة من الوقت.

ولو بحثنا التاريخ السابق لإنسان سيء التوافق لرأينا أنه كان يبدى لفترة طويلة سمات الشخصية ما كان هو خليقة بأن يؤدي به إلى هذه الحالة الأخيرة ومن هذه الحقائق أو من تلك الحقائق خرجت النظرية التي تقول بأن شخصية الفرد هي الصلة الأساسية أو المهيئة لعدم السواء، ويقول شافر: وقد يساء تأويل هذه النظرية فالفرد لا يكون سلوكه «لأنه» ينتمي إلى نموذج معين من نماذج الشخصية ولكن ما يقال إنه نموذج شخصية ليس إلا الدليل على عاداته التوافقية التي اكتسبها فيما سبق (٢٩ : ٣٩٢).

(٥) عرض ليرد وليرد لجوانب الشخصية لدى سيئي التوافق في العمل: يقول ليرد وليرد لفهم الناس الذين يجدون صعوبة في التوافق، أو الذين تكون روحهم المعنوية منخفضة في العمل يقتضي معرفة أعراض الشخصية الآتية الناتجة عن الإحباط وهي: العداء أو الخصومة antagonism وتلك علامة مؤكدة تنتج من الإحباط كما أنها أساس كل من الشغب والاستهزاء، والنكد، وحب الانتقام، والاتجاهات المضادة للمجتمع، ثم الاستجابة الطفلية للتهيج Childish responses to irritations.

وفي هذه الحالة ينكص الشخص لسلوك يتطابق مع التعبيرات الانفعالية لطفل عمره ست سنوات مثل: التبويز، التسرع، الإيحائية والهجر والعيش في مستويات أقل (٨٥ : ٣٣٧).

(٦) بحث كارول فيدر عن العلاقة بين تقبل الذات والتوافق: يقول فيدر Carol Z. Feder: إن اللمتغير الذي لاقى اهتماماً كبيراً بعلاقته بتقبل الذات هو التوافق.

فلقد ذكر روجرز وريموند (١٩٥٤) إن درجة تقبل الذات التي يخبرها الفرد ترتبط ارتباطاً موجباً بمستوى توافقه النفسي.

ورغماً من أن روجرز Rogers وأتباعه وجدوا ارتباطاً موجباً بين التوافق ودرجة تقبل الذات التي يخبرها الفرد إلا أن دراسات أخرى وجدت

ارتباطات سالبة أو صفرية بين تقبل الذات والتوافق. وهكذا فإن العلاقة بين تقبل الذات كما تظهر في أدوات تقدير الذات الشعوري والتوافق لم تتحدد بعد.

وفي بحث فيدر هذا أخذ على عاتقه دراسة علاقة متغير تقبل الذات بالتوافق والكفاءة الاجتماعية وعوامل أخرى وفي دراسة له على ٤٠ مريض طبي (وذلك باختبار ١٠٤ مريض لاستخراج الـ ٤٠)، ٤٠ مريض سيكاتري (وذلك باختبار ١٠٣ مريض سيكاتري لاستخراج الـ ٤٠).

أما أدوات البحث فكانت اختبار تقبل الذات وهو عبارة عن ٤٤ صفة طلب من المفحوص تصنيفها وأما عن الأفراد المتوافقين فكانوا من العنابر السيكاترية. وبالنسبة للنتائج فلم يتأكد فرض علاقة بعد التوافق سوء التوافق بتقبل الذات كما لم يتأيد فرض علاقة بعد الكفاءة الاجتماعية وتقبل الذات (٧٤: ٣١٧).

(٧) رأى روبرت مورجان في التوافقات الشخصية في الصناعة: يقول مورجان يتوافق العمال دائماً كل منهم مع الآخر ومع الظروف العامة في المكتب أو الورشة، لكنهم يختلفون في طرق ردود الفعل. وقد يفقد أحد العمال السيطرة على انفعالاته عندما يشعر أن بعض الناس يحصلون على مزايا أكثر منه بطريقة غير عادلة، ويكون رد الفعل لدى عامل آخر لنفس الموقف بالسكوت، ويظل عامل ثالث مستمراً في العمل بصورة أكير ليؤكد أن لا أحد يستطيع الحصول على مزايا أكثر منه مرة أخرى، بينما يبحث عامل رابع عن مستمع لشكواه.

ويواصل مورجان كلامه قائلاً تتمثل مشاكل التوافق في العامل غير الراضي والمشرف المتسلط ومدمني الكحوليات، ومتكرري الإصابات، ويمدنا القسم الطبي في أي صناعة كبيرة بدليل لتوافقات أخرى عدة كالعمال الذين يعانون من الصداع وآلام الظهر والأمراض الجسمية الأخرى. ومشاكل التوافق هذه لا ترتبط بظروف العمل وحدها، بل يتأثر العمال

بالظروف المنزلية أثناء العمل كما يتأثرون في البيت بظروف العمل. فمن الصعب ابعاد التوافقات في العمل عن التوافقات خارج العمل.

ويقول مورجان: ينمي الإنسان طرقاً توافقية تساعده على التغلب أو الهرب من الإحباط أو الصداع الشديد. وتسمى هذه الطرق التوافقية بالميكانيزمات الدفاعية ونصنف إلى: الأرجاع العدوانية، والأرجاع الانزوائية، والتقمص، والنكوص والتثبيت، والكبت، والتبرير، والإسقاط (٧٨: ٤٣٩، ٤٥٩).

(٨) إيمانويل كي في طبيعة وحدود عدم التوافق في الصناعة: يقول إيمانويل كي Emenuel kay: إن واحداً من أكبر المشاكل الاجتماعية والطبية والاقتصادية في عصرنا هو تزايد نسبة الذين يعرفون بأنهم يقعون بشكل كبير في الاضطراب الانفعالي. والأفراد الذين لديهم هذا الاضطراب يبدأون من العصاب في توافقاتهم اليومية إلى الذهان الشديد. ويذكر أن الأبحاث التي أجريت على ثلاثة آلاف رجل وامرأة والتي طبقت فيها عليهم الاختبارات النفسية كشفت عن أن ١٠٪ لديهم عصاب شديد وأن ٢٠٪ منهم لديهم عصاب خفيف (٧٨: ٤٣٩، ٤٥٩).

(٩) تقسيم جامعة منسوتا للتكيف المهني: ولقد قامت جامعة منسوتا بأمريكا بإصدار كتيب عن التوافق المهني قام بإعداده أساتذتها حيث قسموا فيه التكيف المهني إلى: الرضا عن العمل، الروح المعنوية واتجاهات العمال، ودوافع العمال، والمحكات السلوكية مثل الجزاءات والحوادث، والصلاحية للمهنة.

وتتلخص نتائج بحوث أساتذة هذه الجامعة في:

١ ـ أنه يمكن الاستدلال على التكيف المهني من عاملين: الرضا، والإرضاء Satisfaction & Satisfactoriness حيث يتضمن «الرضا» تقبل العمل بوجه عام وتقبل العامل لظروف بيئة العمل من إشراف وزملائه وإدارة

العمل وأحوال العمل وساعات العمل والأجر ونوع العمل، ونرى أن ذلك كله أي رضا العامل يتضمن إشباع حاجاته.

أما الإرضاء فيعبر عنه بمدى كفاءة العامل وأهليته للعمل وكفايته وبالطريقة التي يقدره بها رؤساؤه وزملاؤه وهي التي يعبر عنها سلبياً بتغيب العامل وتأخره عن مواعيد العمل والحوادث التي تقع منه أو يقع فيها وعدم استقراره في العمل وهي التي يعبر عنها إيجابياً بتوافق قدراته ومهاراته مع مطالب العمل ومقتضياته.

٢ ـ الفروق بين الأفراد وبين الفرد لها دلالة وأهمية.

٣ ـ يستلزم التكيف المهني بعض الوقت باختلاف المهن.

٤ ـ قد تختلف أنماط التكيف المهني باختلاف المهن.

٥ ـ يتأثر التكيف المهني بعوامل السن والجنس ومستوى التعليم والتدريب ونمط الشخصية والتكيف خارج نطاق العمل، ولذا فإنه يبدو من المعقول أن درة الإشباع والإرضاء، تعكس درجات مختلفة من التكيف المهني بالنسبة لاختلاف السن والجنس ومستويات التعليم والتدريب وغيرها.

ولذا يجب أن نضع في اعتبارنا هذه النواحي حتى نفهم ناحية التكيف المهني على حقيقتها.

٦ ـ العوامل المرتبطة بالرضا عن العمل هي الأجر، الزملاء في العمل، الشعور بالأمن ـ الإدارة ـ فرص الترقي.

٧ ـ يمكن فهم اتجاهات العمال في نطاق علاقاتهم بالمحكات السلوكية: مثل الغياب والحوادث... الخ.

٨ ـ والوسائل التي تستخدم في قياس التكيف المهني هي: قياس الرضا المهني، فياس الاتجاهات والروح المعنوية، قياس الطموح، قياس الاستعدادات والقدرات، قياس الميول، قياس الصلاحية للعمل، استبيان عن التاريخ المهني (١٦ : ٩١).

(١٠) الصفحة النفسية التي وضعها فوللر لمكتب التوافق المهني بنيويورك: إننا لو تأملنا محتويات الصفحة النفسية لمكتب التوافق المهني في نيويورك والتي وضعها فوللر Fuller لوجدنا أنها: اختبار المفردات، اختبار التصنيف، اختبار مهارة الأصابع، اختبار تآزر الأصابع، اختبار الوضع باليد، التشابه الميكانيكي، المكعبات لو يجلي، العلاقات المكانية، الثبات الانفعالي، الاكتفاء الذاتي، الانطواء والسيطرة الاجتماعية، كما أن نفس المكتب قد حدد الأسباب التي ينشد العملاء من أجلها عون المكتب وهي: عدم الحصول على المهنة التي يحس بالرضا عنها، الرغبة في الالتحاق بمهنة معينة أو التثبيت في وظيفة سبق له أن شغلها، فشل مهني سابق لتغير في اتجاهات العمل، عدم تواؤم المهنة وقدرة الفرد، الحاجة إلى توجيه تعليمي أو مهني، فشل مهني سابق لتغير تكنولوجي، قيام مشاكل في التوافق العائلي (٤٧ : ٨٥، ٨٧).

(١١) رأى كارل جارسون عن توافق العمال في عملهم: يقول كارل جارسون Karl Garrison: يشير التوافق مبدئياً إلى قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع بيئته وينتج التوافق من عجز ملائمة سلوك الفرد في علاقته ببيئته، وقد يتضمن هذا المفهوم قدرة الكائن على تعديل سلوكه وتكييفه بانسجام مع أحوال أو متطلبات بيئية معينة. وسوء التوافق المهني شكل واحد من السلوك غير الملائم وحالة تنتج من محاولة الالتحاق في مهنة ليست مناسبة للفرد تدريبياً ولا من ناحية القدرة أو من نواحي أخرى. ومهما يكن فانطلاقاً من أن الفرد كائن ككل، فإن سوء التوافق في أي مجال من حياته يكون له رد فعله المضاد على توافقه.

ويقول جارسون: إن سوء التوافق وعدم الكفاءة وعدم الرضا عن العمل الموجود بين العمال يرتبط ارتباطاً وثيقاً بهذه التغيرات، والعجز عن التكيف مع هذه التغيرات الاقتصادية والحضارية ليس خاصاً بالموظفين فقط بل بالموظفين الذيت لا يفهمون أو ليسوا متعاطفين مع الأحداث والقوى التي تؤثر فيهم، كما أنهم يضخمون في متاعبهم وهذا بالطبع يؤدي لسوء

توافق أكثر، وينظرون لنكباتهم على أنها من سوء الحظ ويفقدون الثقة في الآخرين ويفسرون كل سلوك من قبل الآخرين على أنها ضدهم. وهم شكاكين في دوافع وأفعال الآخرين. وتؤدي تلك الاضطرابات الانفعالية لفقد الشهية للطعام والأرق.

ويقول جارسون: إن متغيرات التوافق حسب هيرسي Hersey R.B. تقع في:

١ ـ العمل.

٢ ـ المؤثرات الخارجية.

٣ ـ عوامل الشخصية.

فأما بالنسبة للعامل الأول وهو العمل وسوء التوافق فيقول هناك مصدرين أساسيين لعدم رضا الموظفين عن العمل وهما:

(أ) سياسات التدريب العامة بالشركة وهي تنبع من الإدارة العليا.

(ب) شخصيات الرؤساء والمشرفين الذين يحط بهم العامل.

والشيء الأهم هو أن العمال لا يلتقون وجهاً لوجه مع المديرين، واتصالهم مع هؤلاء المديرين يكون غير مباشر خلال السياسات والتدريب الذي يتلقونه. وإلى جانب ذلك يؤكد جارسون على ما للدخل من علاقة بعدم الرضا إذا كان منخفضاً وبالرضا إذا كان مرتفعاً، كما يؤكد علاقة عدم الأمن بسوء التوافق فإن أي شيء يبدو أنه يضر بأمن أو مكانة العامل يميل لاستثارة الخوف. وأما بالنسبة للمؤثرات الخارجية فيركز جارسون على ظروف المنزل غير الملائمة فالنزاع العائلي واحد من أعظم العوامل العامة خارج بيئة العمل والتي تتصل بسوء التوافق فالعامل غير السعيد في منزله قد ينمي عادة معيشة أو اتجاهات لا تؤدي إلى علاقات وعادات عمل حسنة ويعدد جارسون الظروف المنزلية المسؤولة عن سوء التوافق: بالصراع بين العامل وزوجته، والظروف المنزلية التي تؤدي إلى الشدة الانفعالية كأمراض مزمنة وديون مالية، وصراعات انفعالية بين العامل والأعضاء الآخرين في الأسرة.

أما بالنسبة لعوامل الشخصية فيقول جارسون نقلا عن أواكلي Oakley C.A.: أن هناك أشخاصاً مستهدفين للعصاب النفسي عن غيرهم، كما أن العمل الذي يتطلب تركيزاً شديداً يؤدي إلى الاضطراب وهؤلاء أقل نجاحاً عن غيرهم، ويؤكد جارسون في هذا الصدد على الصراعات بين الدوافع وعلاقتها بسوء التوافق، كما يؤكد على الطموح قائلاً: أن نجاح الفرد وفشله يقيم بالنسبة لمستوى الطموح خاصة عندما يدرك في ضوء الرضا والتوافق الناتج من بلوغ الهدف أو في ضوء الإحباط الناتج من الفشل في بلوغه (٧٩: ٣٤٨).

اختيار عوامل التوافق المهني في هذه الدراسة:

لقد أمدتنا الدراسات والبحوث السابقة عن التوافق العام والتوافق المهني بكثير من المعلومات عن أهم العوامل التي لها علاقة بتوافق الإنسان في عمله. وقبل أن نذكر تلك العوامل التي استخلصناها من تلك الدراسات نقول: ليس النشاط النفسي غير الصراع بين الجسم والبيئة الخارجية، ولا يكون الصراع مؤدياً إلى التغلب إلا إذا شارك الجسم في الفعل مهما بدا العمل مركزاً ومحصوراً في ناحية خاصة من الجسم، فالجسم كله يعمل ولا يمكننا أن نحصر العمل في منطقة معينة منه. ولهذا نستطيع أن نقول: إن كل أفعال العمل إرادية لأن الإرادة اشتراك الجسم كله لبذل المجهود، كذلك فإنه لا يوجد عمل من غير انتباه مهما كان العمل قائماً على عادات.

فالعمل من الأفعال الموجهة نحو غاية للتغلب على المقاومة وإحداث التغيير. ولا يوجد عمل بمعنى الكلمة إلا إذا كان الشخص حاضراً بكل شخصيته، وإن لم تشارك كل قواه الذهنية والجسمية في عمله. العمل الإنساني إذن سلسلة طويلة من الأفعال يحاول الشخص أن يصل بها إلى التغلب على موقف خارجي فيكون الشخص في حاجة إلى نشاط ذهني ظاهر أو ضمني ليقوم بهذه الأفعال (١: ١٣٧).

ولقد كان الصيت الكبير الذي أحرزه قياس الذكاء في فروع علم النفس التطبيقي داعياً إلى المغالاة في قيمته لدرجة حجبت أهمية العوامل الأخرى التي تؤثر في سلوك المرء. غير أن المشتغلين في ميدان الصناعة تواجههم في عملهم مشاكل لا تمت بصلة قريبة للذكاء، فهناك العامل الشديد الحساسية لدرجة تعوقه عن عمله والشخص الذي يشعر بخوف ورهبة عند مخاطبة رؤسائه تلك النواحي التيب يترتب عليها ضياع ونقص جهدهم مع توفر قدراتهم الخاصة ومهاراتهم في عملهم وتفرع من ذلك ضرورة دراسة العوامل الانفعالية إلى جانب العوامل الذهنية ويعرف بيرت C. Burt تلك العوامل بأنها «مجموع الصفات التي تتأثر بالذكاء ولا تدخل في نطاقه» أو «النزعات التي تميل إلى الناحية الوجدانية أكثر من ميلها إلى النواحي الإدراكية والعملية» (٣٧ : ٣).

فالعوامل الانفعالية وما يظهر بها من قلق يؤدي إلى تشتت الانتباه فيكون العامل معرضاً للشرود الذهني ويقطع ذلك صلة الشخص بالخارج وينقص التكيف فيحدث الأذى. كما أن العامل قد يكون متوهماً أنه مظلوماً وأنه لا يأخذ معدل تعبه فيتعمد الإفساد أو يبحث عن المرضى لكي يفر من العمل. وليس النشاط الجسمي والذهني والحالة الانفعاليـة هي المؤثرة فقط في الإنسان وهو يعمل بل أن جيوم أوضح العامل الاجتماعي في فهم العمل وقال: إن العمل المكون من أفعال في شكل أنموذج يؤخذ بالتقليد عن الآخرين.

وللعوامل الاجتماعية أهمية كبرى في سير العمل حتى عند العمال الذين صارت الأفعال عادات ثابتة عندهم، فوجد العامل مع عدد معين من العمال الآخرين وعلاقته بهم كلها عوامل تؤثر تأثيراً كبيراً على سير العمل. وتظهر صلة العمل بالعوامل الاجتماعية في بعض الاضطرابات التي تأتي من صلة الشخص بالآخرين، فقد تكون عند الشخص فكرة ثابتة عن سوء نية الناس نحوه وشخص آخر تضغط عليه انفعالاته نحو أشخاص آخرين فتكثر لديه حركات طائشة ويصبح غير صالح لأي عمل (١ : ١٣٧). مجمل القول

أن أي عمل يقوم به الإنسان لا بد من توفر النواحي الآتية ليستطيع القيام به:

١ ـ الصحة الجسمية.

٢ ـ العوامل الذهنية.

٣ ـ العوامل والسمات الانفعالية.

٤ ـ العلاقات الاجتماعية.

٥ ـ الاتجاهات نحو العمل والروح المعنوية.

وهناك العديد من البحوث التي أكدت قيمة كل ناحية من النواحي السابقة في توافق العامل في عمله ففي أحد هذه البحوث عملت مقارنة بين مجموعة من العمال تم اختيارهم حسب استعداداتهم وقدراتهم الخاصة ومجموعة أخرى لم يتبع أسلوب ما في اختيارهم، ويبين الجدول رقم (٧) مهن هؤلاء العمال وإنتاجهم ونسبته:

رقم	المهنة	إنتاج مجموعة تم اختيارها حسب استعداداتها	إنتاج مجموعة لم يتبع أسلوب ماقى اختيارهم	النسبة بين المجموعتين
١	أعمال الرفى للجوارب	٧ دست فى الساعة	٣ر٢٥ دستة فى الساعة	١ : ٢ر١٥
٢	أعمال كهربائية	١٤٥٪ من المعدل المتوسط	٦٠٪ من المعدل	١ : ٢ر٤٠
٣	أعمال نجارة	٩ر٠ من الساعة لإكمال عمل معين	٣ر٦ ساعة لإكمال نفس العمل	١ : ٤ر٠٤
٤	كى القمصان	٢١٣ ثانية لكى القميص	٢٧٩ ثانية لكى القميص	١ : ١ر٣٠
٥	مسك الدفاتر	١٤٠ درجة من درجات الإنتاج	٩٤ درجة من درجات الإنتاج	١ : ١ر٥٠
٦	الكتابة على الآلة الكاتبة	١٢٢٪ من المتوسط	٦٠٪ من المتوسط	١ : ١ر٧٠

(٧ ــ جدول أحسن إنتاج وأضعف إنتاج فى حرف مختلفة)

وإن التعليق الذي يمكن أن نعلق به على هذا الجدول يشير إلى أن العمال في المجموعة التي لم يتبع أسلوب في اختيارها لن يدوم بهم الحال على هذا النحو فإما أنه سيتم استغناء أصحاب العمل عنهم، أو هم سيعجزون عن التوافق نظراً للمعدل المطلوب منهم وقصورهم عن بلوغه فيتركون العمل.

وهكذا نرى الدور الذي تلعبه الاستعداد والقدرات الخاصة في توافق العامل في عمله.

ولا يقتصر مظهر سوء التوافق في العمل على نقص الإنتاج بل يمتد أيضاً ليتضمن ترك العمل من جانب العامل لعدم مناسبة قدراته واستعداداته له. ويوضح الجدول رقم (٨) النسب المئوية لترك العمل في عدد من السنوات لأسباب مختلفة:

رقم	أسباب ترك العمل	١٩٣٦	١٩٣٩	١٩٤٣	المجموع	المتوسط
١	الفصل كعقوبة	٦٪	٤٪	٨٪	١٨٪	٦٪
٢	ترك العمل بمحض الاختيار	٣٣٪	٢٥٪	٧١٪	١٢٩٪	٤٣٪
٣	الانقطاع بسبب التجنيد	—	—	١١٪	١١٪	٣٫٧٪
٤	التوفير	٦١٪	٧١٪	٨٪	٢٢٠٪	٤٦٫٧٪
٥	أسباب أخرى	—	—	٢٪	٢٪	٠٫٧٪

(٨ ـــ جدول النسب المئوية لترك العمل فى سنوات مختلفة)

وأهم جانب من الجدول رقم (٨) هو الخاص بالذين تركوا العمل بمحض الاختيار فهؤلاء هم الذين عجزوا عن التوافق. وإن من أحسن البحوث التي تبين لنا ما للمواءمة المهنية في العمل من علاقة بالتوافق ذلك البحث الذي قام به بل Bill على ١٣٢ فردا يعملون في خمس حرف تمثل

خمس مستويات أ، ب، ج، د، هـ، حيث كانت الحرفة «أ» تتطلب أقل مستوى من الذكاء. «هـ» هي التي تتطلب أعلى مستوى وقد أجرى عليهم اختباراً لقياس اليقظة العقلية Mental Alertness وبعد ثلاثين شهراً قام بإحصاء عدد الذين استمروا في العمل بالحرفة التي كان يعمل بها كل منهم أولا فكانت النتيجة أنه في المستويين أ، ب لم يبق أي فرد من الممتازين عقلياً في أعمالهم بينما استمرت نسبة كبيرة من الأفراد الذين حصلوا على مستوى أقل في الاختبار العقلي ويظهر عكس ذلك تماماً في المستوى «هـ» حيث بلغ عدد الذين استمروا في عملهم من الممتازين عقلياً ٥٧٪ بينما لم يبق غير ٧٪ من الضعاف في أعمال هذا المستوى.

وعلى هذا فالبرنامج الصحيح هو الذي ينجح في وضع العامل في العمل الذي يتناسب مع مستوى قدراته وسمات شخصيته (١٠ : ٥٣).

وقد سقنا هذه الأبحاث القليلة لندلل على أهمية القدرات في توافق العامل في عمله. ويزخر تاريخ علم النفس وعلم النفس الصناعي بمئات الأبحاث التي تؤكد ذلك وليس مكانها هنا من أيام سبيرمان Spearman حتى يومنا هذا. ويكفي بالإضافة إلى ما سبق من بحوث أن نشير إلى أن هناك العديد من البحوث المحلية التي توضح أهمية القدرات والاستعدادات في توافق العامل في عمله نذكر منها دراسة: مكونات القدرات الميكانيكية لدى تلاميذ التدريب المهني لمحمود عبد القادر، والقدرات العقلية في المهن الكتابية لسيد زيدان، والقدرات الحركية في مهن دلفنة الصلب للباحث. وقد زخرت لجنة مؤتمر علم النفس والإنتاج بمؤتمر علم النفس الذي أقامه المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مايو سنة ١٩٧١ بالعديد من هذه الأبحاث.

وقد سبق أن ذكرنا أن الاستعدادات والقدرات الخاصة ليست هي الجانب الوحيد الذي يتوقف عليه توافق العامل في عمله، لأن بعض المهن تتطلب عوامل انفعالية وشخصية لدى الأفراد فإذا لم تتوفر فيهم ساء توافقهم

في عملهم وقد أكد كثير من الباحثين في بحوثهم ضرورة توفر عوامل معينة في الشخصية لدى الأفراد لكي نضمن استقرارهم في عملهم وتوافقهم فيه ويكفي الإشارة هنا إلى القليل من هذه البحوث، ومنها ما أشار إليه لويس في بحثه الآتي: (Lewis, j., A.) Preference Record and MMPI scores for two occupational groups, J. Consult., Psycholo., 1947, .11,191-2201.

حيث وجد أن الهوس الخفيف والهستيريا قد تكون من الخصائص التي تسهم في النجاح، وفي الشعور بالرضا بين المشتغلين بإقناع الناس بضرورة التأمين على حياتهم وبيع بوالص التأمين لهم.

كما وجد في نفس البحث أن الأخصائيات الاجتماعيات قد حصلن على درجات عالية (دالة إحصائية) على مقياس الذكورة وتوهم المرض والسيكاثينيا، وقد وجد في نفس البحث أيضاً أن الأفراد الذين كانت ميولهم نحو عملهم في كل من الفئتين ضعيفاً (طبقاً لاختبار كودر) قد اتسموا بالتوافق اللاسوي (٣٠: ١٨٦).

كذلك فقد ظهر من الأبحاث التي قام بها تورانس وليفي وسوبر Torrance, Levey, Super في سلاح الطيران الأميريكي أن بعض سمات الشخصية ارتبطت بمدى النجاح في التدريب على المحافظة على الحياة والقتال الجوي، إذ وجدوا أن الممتازين كانوا أكثر استقلالاً من غيرهم وأثبت من الناحية الانفعالية وأكثر رغبة في الدراسة.

كذلك أكدت الأبحاث الأولى أن الرضا عن العمل يرتبط ارتباطاً سلبياً مع العصابية، وقد ظهر ذلك في أبحاث هيرون Heron على سائقي السيارات والعمال شبه المهرة في المصانع، كما ظهر أن المدرسين الأسوياء من الناحية النفسية أميل لأن يستمروا في التدريس في حين أن غير المتكيفين من الذين يمتازون بالذكاء أميل إلى ترك هذه المهنة إلى غيرها (٢١: ٢٢٠).

أمـا عن العلاقات الاجتماعية والمكانة الاجتماعية في العمل وعلاقتها بتوافق العامل في عمله فيكفي في ذلك أن نشير لبحثين من البحوث المحلية التي أكدت قيمة هذه العلاقات:

وأولها: بحث تشخيص وقياس الروح المعنوية لدى العمال الصناعيين فقد اتضح أن البناء الاجتماعي لجماعة عمال قسم السحب والبرم، وهم مرتفعو الورح المعنوية بناء متماسك بالمقارنة إلى الجماعة الأخرى وهي جماعة عمال قسم الكرد وهم منخفضو الروح المعنوية (١١ : ٢٥٨).

والبحث الثاني عن الارتباط بين الاستهداف لحوادث العمل والمكانة السوسيومترية للعامل «إذ وجد فيه أن هناك عمالاً مقبولين من زملائهم في نفس الوقت كانوا مستهدفين للحوادث كما أن هناك مقبولين غير مستهدفين للحوادث ولكن اتضح أن المنوذين أكثر استهدافاً» (٢٢ : ٢).

يتحدد لنا من خلال الأبحاث السابقة أنه يتعين على العامل لكي يكون متوافقاً في عمله أن تتوفر فيه الاستعدادات والقدرات الخاصة المتطلبة في العمل وأن يتسم بالاتزان والثبات الانفعالي الملائم، وأن يتمتع بعلاقات اجتماعية سوية ين زملائه كما يجب أن تكون اتجاهاته نحو العمل وبيئته إيجابية، وروحه المعنوية عالية.

نخرج من هذا العرض لموضوع التوافق المهني باختيارنا للعوامل الأربع الآتية والتي أكدتها الأبحاث الساقة لتكون موضع هذه الدراسة:

١ ـ القدرات والاستعدادات.

٢ ـ الجوانب الانفعالية.

٣ ـ العلاقات الاجتماعية.

٤ ـ الروح المعنوية.

ونعترف منذ البداية أن هناك جوانب أخرى إلى جانب الجوانب السابقة مثل: الميول، والدوافع النفسية اللاشعورية ولكننا سنقصر دراستنا على الجوانب السابقة للموضوعية التي يمكن أن يتسم بها قياس هذا

الجوانب من ناحية، ومن ناحية ثانية ما سبق أن عرضناه عن أهميتها في التوافق، ومن ناحية أخيرة ما أكده مسحنا للدراسات السابقة عن: الاضطرابات السيكوسوماتية في مجلة الملخصات السيكولوجية لعشر سنوات سابقة وللعلماء والباحثين المهتمين بهذه الدراسة أمثال: فيس وانجلش، ودنبار، ووليم ك مننجروليف، واندرسون وتريثوان، وويتكو، ودن، وإيمان وبرات، وبنجر، وموردكوف وبارسنز في بحوثهم على القلب والأوعية الدموية وأمثال: فرايز ونلسون، ودوير وبلاكفور، وودمانس، وساندرلر وبولوك، وستنفنسون ايوسترملن، وملس وألن، وهوايت وكوب وجونز، وداكوستا، وبرجمان، ودرابر، والكسندر، وزيور ـ . . . الخ عن الجهاز المعدي معوي، وغيرهم عن الجهاز التنفسي، وغيرهم عن الالتهابات الجلدية والحساسية والذين تكلمنا عنهم بالتفصيل في الأجزاء الخاصة: بالمعالجة النظرية للبحث حيث انتهينا في مسحنا للجوانب النظرية أن هذه البحوث السابقة عالجت الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام الوسائل الذاتية كالتحليل النفسي، وباستخدام الاختبارات الإسقاطية، أما البحوث التي استخدمت فيها اختبارات الشخصية والتي تقيس العوامل الشعورية في الشخصية فقد كانت قليلة، بل نادرة وقد يرجع تركز هؤلاء على تلك الوسائل ما أجمعوا عليه بشدة الكبت في هذه الاضطرابات بحيث يصعب استخراج المتعمقات بالأساليب العادية صعبا.

هذا على المستوى العالمي أما على المستوى القومي فلم تكن هناك دراسات تجريبية أو ارتباطية أو مقارنة بالمعنى المعروف لهذه الكلمة واقتصرت الدراسة على حالات فردية باستخدام أسلوب التحليل النفسي (زيو، مجلة علم النفس).

ومجمل القول أن هدفنا يركز على تغطية الجانب الذي أهملته البحوث السابقة في دراستها وهو العامل الشعوري.

هدف البحث وفروضه

هدف البحث: يدور الهدف الرئيسي لهذا البحث حول التوصل ـ من خلال الدراسة التجريبية ـ للعوامل المختلفة في التوافق المهني والتي تقترن أو تكون لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي. ويخرج من هذا الهدف فرض أساسي نصيغه على النحو الآتي:

فروض البحث

الفرض الرئيسي: يكون المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً (أو أكثر أو يتساوون) من أفراد المجموعة الضابطة، وهم من نفس سن ومهن ومستوى اجتماعي واقتصادي وظروف عمل المجموعة التجريبية، فيما عدا أنهم ليست لديهم اضطرابات سيكوسوماتية. وذلك من خلال ما اقتصر هذا البحث على قياسه من عوامل تتعلق بالتوافق المهني وهي: الاستعدادات والقدرات المتطلبة في العمل، والسمات والنواحي الانفعالية، والعلاقات السوسيومترية بين هؤلاء المرضى وبين زملائهم في العمل، والروح المعنوية التي تتمثل في شعور الفرد بانتمائه وتوحده في العمل وشعوره بأنه مقدر وله مكانة.

ويتفرع من هذا الفرض الأساسي عدة فروض فرعية هي:

الفرض الأول: نتوقع أن تكون درجة استعدادات وقدرات المرضى السيكوسوماتيين والمتطلبة في عملهم أقل (أو تتساوى أو أكبر) بدرجة دالة إحصائياً هي درجة الأسوياء في المجموعة الضابطة والذي نعنيه بهذه القدرات كما كشف عنه تحليل العمل: الاستدلال الميكانيكي، سرعة الإدراك، الفهم، التجميع الميكانيكي، مهارة الأصابع (وضع ـ نزع) أي أن توقعنا لكون المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً (أو أكثر أو يتساوون) في استعداداتهم وقدراتهم من الأسوياء يكون من خلال درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبارات التي تقيس هذه الاستعدادات

والقـدرات وعلى هذا الأساس فمن المحتمل أن تتساوى أو تقل أو ترتفع درجة أي المجموعتين عن الأخرى.

الفرض الثاني: نتوقع أن تكون درجة الاضطراب الانفعالي لدى المرضى السيكوسوماتيين أعلى (أو تتساوى أو أقل) بدرجة دالة عن درجة الأسوياء في المجموعة الضابطة، والذي نعنيه بالنواحي الانفعالية حالات القلق والخوف والاكتئاب وتوهم المرض، والفزع وأمراض التنفس والأعراض المعدية معوية والسلوك السيكوباتي كما تقاس بقائمة كورنل. بمعنى وصفنا لافتراض أن المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً (أو أكثر أو يتساوون) في الناحية الانفعالية من الأسوياء يكون من خلال درجات المجموعتين على المقاييس الفرعية التي تقيس هذه النواحي العصابية والسيكوسوماتية.

الفرض الثالث: نتوقع أن تكون درجة الروح المعنوية لدى المرضى السيكوسوماتيين أقل (أو تتساوى أو ترتفع) بدرجة دالة عن درجة الأسوياء في المجموعة الضابطة، والذي نعنيه بالروح المعنوية شعور العامل بقدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، وشعوره بكفاءة الإدارة، وشعوره بالأمن في العمل وبأن له مكانة في عمله وإن إدارة الشركة تقدره، وإحساسه كذلك بأنه مقبل على عمله مهما كانت حالته. أي أنه من المحتمل أن يكون المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً (أو أكثر أو يتساوون) في الحالة المعنوية عن الأسوياء يكون من خلال درجات المجموعتين على مالتغيرات الفرعية للحالة المعنوية، وعلى هذا الأساس فمن المحتمل أن تتساوى أو تقل أو ترتفع درجة أي المجموعتين عن الأخرى على هذه المتغيرات.

الفرض الرابع: نتوقع أن تكون درجة العلاقات السوسيومترية لدى المرضى السيكوسوماتيين أقل (أو تتساوى أو ترتفع) بدرجة دالة عن درجة الأسوياء في المجموعة الضابطة، والذي نعنيه بالعلاقات السوسيومترية

العلاقات الإنسانية داخل العمل وخارجه وعلاقات القيادة. أي أنه من المحتمل أن يكون المرضى السيكوسوماتيين أقل توافقاً (أو أكثر أو يتساوون) في العلاقات السوسيومترية من الأسوياء يكون من خلال درجات المجموعتين على النواحي التي يقيمها الاختبار السوسيومتري.

الفرض الخامس: نتوقع باستخدام التحليل العاملي أن تكون هناك عوامل عامة تشيع بين المتغيرات الدالة (التي ميزت بين المجموعتين وصار لها علاقة أو تقترن بالاضطراب) في كل عامل من عوامل التوافق الآتية كل على حدة: الاستعدادات والقدرات الخاصة ـ السمات والنواحي الانفعالية ـ الروح المعنوية. وتكون هذه العوامل الشائعة المستخرجة من المعالجة الإحصائية لدرجات المتغيرات المميزة للمجموعة التجريبية (موضوع الدراسة) فقط بمثابة العوامل التي يكون لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي وهي الهدف الأساسي والرئيسي لهذه الدراسة.

الفرض السادس: نتوقع أن تكون درجة الاستعدادات والقدرات، والنواحي الانفعالية، والروح المعنوي لدى فئتي الجهاز المعدي معوي والقلب والأوعية الدموية أقل (أو أكثر أو تتساوى) بدرجة دالة إحصائية عن درجة الأسوياء في المجموعة الضابطة. أي أنه من المحتمل أن يكون المرضى في هاتين الفئتين أو أحدهما دون الأخرى أقل توافقاً (أو أكثر أو تساوى) في الاستعدادات والقدرات والروح المعنوية والنواحي الانفعالية من الأسوياء.

الباب السادس

الدراسة الاستطلاعية والتجربة الأساسية

الفصل السادس عشر

١ ـ أهداف الدراسة الاستطلاعية.

٢ ـ مجال الدراسة.

٣ ـ أسس اختيار العينة.

٤ ـ خصائص العينة:

أ ـ توزيع الاضطرابات السيكوسوماتية.

ب ـ توزيع الوظائف.

جـ ـ المستوى التعليمي.

د ـ الخبرة.

هـ ـ الأجر.

و ـ العمر.

٥ ـ تقنين أدوات قياس التوافق المهني:

(أ) وسائل قياس الاستعدادات والقدرات الخاصة:

١ ـ تجربة تحليل العمل

٢ ـ القدرات المتطلبة.

٣ ـ اختبارات قياس الاستعدادات.

٤ ـ الثبـات.
٥ ـ الصـدق.

(ب) وسائل قياس الروح المعنوية:

١ ـ أصل الاختبار.
٢ ـ الثبـات.
٣ ـ الصـدق.

(جـ) وسائل قياس العوامل الانفعالية:

١ ـ مقياس كورنل.
٢ ـ التغيرات التي أحدثت بالاختبار لإخراجه بالصورة العامية.
٣ ـ تجربة الفهم اللفظي.
٤ ـ تحليل وحدات الاختبار.
٥ ـ ثبات الاختبارات الفرعية.
٦ ـ ثبات الاختبار الكلي.
٧ ـ صدق الاختبار.

(د) وسائل قياس العلاقات الاجتماعية:

١ ـ الاختبار السوسيومتري.
٢ ـ وصف الاختبار.
٣ ـ ثبات المقياس.
٤ ـ صدق الاختبار.

الفصل السادس عشر

الدراسة الاستطلاعية

١ ـ **أهداف الدراسة**: تهدف الدراسة الاستطلاعية الحالية إلى تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية والذين سيتم إجراء البحث عليهم، وإلى التعرف على خصائصهم ومواصفاتهم، والتي سيتم بناءاً عليها تحديد العينة الضابطة من العمال غير المضطربين سيكوسوماتياً. كما تهدف أيضاً إلى التعرف على مظاهر سوء التوافق لهؤلاء العمال من واقع ملفاتهم في العمل باستخراج الجزاءات والغياب بدون إذن ومخالفة التعليمات وكافة النواحي الأخرى الدالة على ذلك. كما تهدف هذه الدراسة في نهاية الأمر إلى تقنين أدوات قياس عوامل التوافق المهني.

٢ ـ **مجال الدراسة**: تم اختيار المجال الصناعي عن غيره من المجالات الأخرى لإجراء هذه الدراسة لسببين نجملهما فيما يلي: يستند السبب الأول على أساس اقتصادي وهو أن إجمالي المبالغ التي تم استثمارها في قطاع الصناعة والكهرباء ٨٤٥,٩ مليون جنيه في الفترة من عام ١٩٦٠ ـ ١٩٦٧ بنسبة ٣٧,٤٪ من إجمالي قيمة الاستثمارات في جميع القطاعات والأنشطة المختلفة.

وفي خلال نفس الفترة بلغ إجمالي قيمة الإنتاج لهذا القطاع ١٠٦٩٩ مليون جنيه بنسبة ٤٣,٥٪ من إجمالي قيمة الإنتاج لباقي القطاعات، ولقد أتاحت تلك الاستثمارات في ذلك القطاع فرص عمل كبيرة فقد بلغ عدد العاملين في هذا القطاع ٦٣٩ ألف عامل في عام ١٩٦٠، ارتفع عددهم إلى

٨٦٦ ألف عامل عام ١٩٦٧ (وقد تزايد العدد بالطبع حتى إجراء البحث عام ١٩٧١) (الكتاب السنوي للإحصاءات العامة للجمهورية العربية المتحدة ـ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ـ ١٩٥٢ ـ ١٩٦٨، القاهرة يونيو ١٩٦٩ ص ٦١، ٦٢).

يظهر من خلال هذه الأرقام أن المجال الصناعي يستحق عن غيره من المجالات الأخرى للقيام ببحوث علمية تتعلق بمشاكله نظراً للمبالغ الكبيرة التي تستثمر فيه وللعدد الكبير من القوى العاملة التي تعمل به.

أما السبب الثاني فإنه نظراً للاهتمام المنصب على قيام وبناء صناعات كثيرة بمصر فإننا نلمح تحولاً في معالم حياة عدد كبير من أفراد الشعب أساسه إنشاء مصانع ضخمة بآلات كبيرة وعديدة. كما أن تقسيم العمل في هذه المصانع يبلغ أقصى حد بالإضافة إلى أن هذه المصانع تعمل على خلق التجمع بدلاً من التشتت بين عوامل الإنتاج وهي المواد الأولية ورؤوس الأموال. كما أخذت درجة التخصص تتزايد باستمرار، كذلك يقوم بين هذه المصانع اندماج في المشروعات الكبرى، وقيام التقارب فيما بينها تفادياً للمنافسة وقد تبلغ درجة التقارب إدماج بعضها في بعض وأحياناً يكتفي بقيام تعاقد واتفاقيات مثل تقلبات الإنتاج، أو تجمع تحت إدارة واحدة مثل الشركات الموحدة.

وتتصف الصناعة على هذا النحو بوصفها ظاهرة اجتماعية بأنها تلقائية بمعنى أن الإنسان بفطرته الاجتماعية يميل إلى صنع الأشياء ولهذا عرفوه بأنه كائن صانع Homo Faber فالإنتاج منغرس في الفطرة البشرية والسليقة الإنسانية (دلهوز ـ الغرائز والنظم ـ باريس ـ ١٩٥٣ ص ٤٧ ـ ٥٢).

والدوافع التي تقف وراء ذلك نجملها في إشباع الحاجات الضرورية، فالإنسان مضطر إلى صنع غذاءه وملبسه وإلى بناء مسكنه. وهو مضطر إلى صنع الآلات الي تكمل ضعف يديه وأرجله، كما أنه من الأسباب الدافعة إلى أن يكون الإنسان صانعاً بطبعه الاجتماعي التقدير والترف الاجتماعي

الذي يناله الصانع في مصنعه. فمن يتقن صناعة شيء معين يجد تقديراً اجتماعياً قد يكون التقدير مشجعاً إذا نجح الإنسان في المصنع وقد يكون التقدير ازدراء إذا كان الصنع غير متقن، ومن ضمن هذه الأسباب أيضاً الأمان والاطمئنان الذي يشعر به الفرد من صناعة الأشياء لأن لها استخدام يدفع عنه الأذى والضرر مثل صناعة آلات القتال والحرب، كذلك يعتبر من هذه الأسباب الجزاء المادي والأدبي الذي يناله الفرد من صنعها فقد يتناول أجراً على ذلك (١٣ : ٨٢). إلا أن انتقال حياة العديد من الناس من المجال الزراعي إلى المجال الصناعي ومن العمل بالمراكز الصناعية المحدودة الحجم البسيطة التركيب إلى مراكز تصنيع الجملة المعقدة التركيب، ومن الصناعات اليدوية التي يظهر فيها المجهود البشري ظهوراً مباشراً إلى الصناعات الآلية التي يكاد يختفي فيها الفرد ودوره من ناحية أخرى، فهذا الجو الصناعي الذي يعمل العامل من خلاله يزداد صعوبة وتعقيداً، باتساع حركة التصنيع وظهورها مما ترتب عليه فقد العامل لاتزانه النفسي والانفعالي، وفقده لقدرته على التوحد والشعور بالصلة والانتماء والولاء للعمل (٢٣ :).

ولقد كانت المشكلة بعد ذلك هي أي الصناعات هي عن غيرها للقيام فيها بمثل هذه الدراسة، ولذا فإن التحليل الإحصائي للأرقام سيوجهنا إلى نوع الصناعة التي يجب أن تجري فيها هذه الدراسة، على أن نستند في اختيارنا لأنواع الصناعة على نقطتين هامتين، الأولى: قيمة الإنتاج الصناعي بها. والثانية: عدد القوي العاملة، ولقد وجدنا أن الصناعات المختلفة ممكن ترتيبها حسب قيمة الانتاج الصناعي بها على هذا النحو في الجدول (٩):

الصناعة	تحويلية	ص.تعدينية	بترولية	كهرباء	الجملة	السنة
قيمة الإنتاج بها	١١٧٧٫٧	٩٫٨	٩٠٫٤	٥٧٫٥	١٣٣٤٫٥	١٩٦٨/٦٧

(٩ ــ جدول قيمة الإنتاج الصناعى بأنواع الصناعات المختلفة)

ويشير الجدول رقم (٩) إلى أن الصناعات التحويلية هي أكبر الصناعات في الإنتاج الصناعي، ونظراً لكبر قيمة الإنتاج فإننا نتوقع أن يكون عدد العاملين بهذه الصناعات أكبر من غيرها. وعلى هذا الأساس السابق اخترنا أكبر شركتين في أكبر مؤسستين هما: مؤسسة الصناعات المعدنية، ومؤسسة الصناعات الهندسية وتعتبر الصناعات التي بهما من الصناعات التحويلية سواء في مراحلها الأولى أو الأخيرة وهاتين الشركتين هما: شركة الحديد والصلب والتي تعتبر الآن أكبر وأضخم مشروع بعد السد العالي، وشركة النصر للسيارات وقد تم اختيارهما كما سبق القول لإجراء هذه الدراسة إذ يبلغ عدد العاملين بهما ١٦٠,٠٠٠ ألف عامل حسب (المؤشرات الإحصائية للجمهورية العربية المتحدة الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء من ١٩٥٢ ـ ١٩٦٨، نوفمبر ١٩٦٩).

٣ ـ **أسس اختيار العينة التجريبية**: اعتمد اختيارنا للمرضى بالاضطرابات السيكوسوماتية على أسس ثلاث هي: الأساس الطبي بالشركتين المذكورتين لتحديد حالات هذه الدراسة منها للمبررات الآتية:

١ ـ أن طبيعة أعراض تلك الأمراض تجعل المريض يذهب ليعالج مرضه لدى الطبيب سواء كان في الأمراض الباطنية أو القلبية أو الجلدية. . . الخ.

٢ ـ أن المرضى غير مستبصرين بأسباب هذه الأمراض فلا يذهبون للمعالج النفسي بل يذهبون للطبيب الجسمي.

٣ ـ أشارت المناقشات التي أجراها الباحث مع عدد من الأطباء النفسيين عند زيارته للعيادة النفسية الخارجية بكلية طب القصر العيني مرتين إلى تأييد ما سبق في (١) . وأن كثيراً من الحالات التي تتردد بكثرة على العيادات النفسية وتشكو من أعراض جسمية وحسية ، ما هي إلا حالات هستيريا أو توهم مرض أو أعراض جسمية لحالات القلق وهذه الحالات تنتشر فيها الأعراض في أكثر من وظيفة أو عضو من أعضاء الجسم وتسمى المظاهر الجسمية للقلق Somatic Manifestations of Anxiety .

وبناء على المبررات السابقة تم اعتبار الأطباء المتخصصين بالعيادة الطبية بالشركتين الأساس في تحديد عينة البحث. على أن تكون نقطة بدايتهم في تحديد الحالات هي الاعتماد على التعريف الذي توصلنا إليه للمقصود بالاضطراب السيكوسوماتي، والذي تم استخلاص وقائع منه يحدد على أساسـها الطبيب الحالات.

وقد هدفنا من وراء هذه الخطوة أن يكون اعتمادنا على اختيار الطبيب اعتماداً جزئياً لا كلياً على اعتبار أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل جانبين، الأول: هو النفس Pscho وهذا الجانب يكون كشفه ومعرفته بالوسائل الإكلينيكية النفسية، والثاني هو الجسم Somatic وهذا الجانب يكون كشفه ومعرفة ما ألم به من اضطراب أو إصابة (نتيجة الجانب السابق) بواسطة الأطباء الذين يستخدمون في ذلك وسائلهم التشخيصية كالأشعات والتحاليل . . . الخ.

ولقد اعتمد الأطباء المتخصصون في العيادتين في تحديدهم للعمال السيكوسوماتيك على تعريفنا للاضطراب السيكوسوماتي كما سبق أن أشرنا والذي وضع لهم في قائمة «تحديد العمال المضطربين باضطرابات

سيكوسوماتية» والتي أعطيت لهم ليحددوا فيها هؤلاء العمال والتي سيأتي ذكرها فيما بعد. وكان التعريف:

(١) **تحديد مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي للأطباء**: والتعريف الذي تم التوصل إليه في الفصل الثامن من هذه الدراسة، والذي لم يخرج في نفس الوقت عن الإطار العام التي تنطلق منه هذه الدراسة وهو أن النفس تؤثر في الجسم بالدرجة الأولى والذي نكرر ذكره هنا هو:

«أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في بناء جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءاً تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي.

(٢) **الوقائع المستخلصة من التعريف**: والوقائع المستخلصة من التعريف السابق وذلك لكي لا يكون هناك لبس أو خلط في تحديد الحالات من قبل الأطباء هي:

(أ) وجود مرض جسمي خاص بعضو أو جزء من أجزاء الجسم تثبت الأشعات أو الاختبارات وجود إصابة تشريحية أو بنائية فيه.

(ب) تردد المريض على الطبيب فترة طويلة (سنتأكد منها باستخراج مرات التردد من البطاقة الطبية) بحيث أصبح مألوفاً له.

(جـ) عدم نجاح العلاج الجسمي لعدم علاج المسببات، ويظهر ذلك في كثرة تردد المريض وتناوله العديد من الأدوية وأنواع العلاج.

(د) أن المريض لم يسبق علاجه نفسياً وقد قصدنا من ذلك أن تكون هناك حالات تحت العلاج النفسي أو عولجت نفسياً فيترتب على ذلك تدخل عامل من العوامل التي تؤثر في اختيارنا للحالات.

(٤) وصف قائمة تحديد العمال المضطربين سيكوسوماتياً:

أطلقنا على الوسيلة التي اعتمد عليها الأطباء في تحديد العمال المضطربين باضطرابات سيكوسوماتية اسم «قائمة تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية» نظراً لأن الاضطرابات وضعت بها على شكل قائمة وكانت أهم البيانات التي بها هي:

١ ـ بيانات خاصة بالأطباء الذين يقومون بتحديد العمال لما لهذه البيانات من أهمية تتعلق بمدى دقة تحديدهم للعمال المضطربين.

٢ ـ تعريف إجرائي يتم على أساسه تحديد العمال.

٣ ـ الوقائع التي يتم على أساسها تحديد العمال.

٤ ـ مجموعات الاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة موزعة حسب أجهزة الجسم كالجهاز المعدي معوي وجهاز القلب والأوعية الدموية وجهاز التنفس... الخ ولقد بلغ عددها واحد وعشرون.

ولقد استندنا في الاقتصار على هذه المجموعة من الاضطرابات إلى هذه الأسس:

(أ) شيوع ورودها في المراجع.

(ب) تؤكد البحوث أثر العامل النفسي فيها.

(جـ) أنها ـ بقدر الإمكان ـ تمثل أجهزة الجسم المختلفة.

(د) شيوع وجودها لدى المترددين على الأطباء كما تبين في الجزء النظري من البحث والخاص بحجم المشكلة وأهميتها.

٥ ـ بعض الأسئلة التي تتعلق بالقائمة وحجم المشكلة بين العمال ككل.

(٥) خصائص الأطباء الذين حددوا العمال المضطربين[*]: كما سبق

(*) استأذن الباحث الأطباء في نشر هذه البيانات.

أن أشرنا يعتبر الأطباء بالشركتين المذكورتين هم المحكات التي يستند عليها في تحديد العمال المضطربين، ومن ثم يكون في عرض خصائص هؤلاء الأطباء مشيراً لمدى دقة البيانات الخاصة بتحديد الحالات، ويتضح من الجدول (١٠) عدد هؤلاء الأطباء في كل من الشركتين وخبراتهم في العمل ومؤهلاتهم ودراساتهم العليا:

رقم	الاسم	الشركة	التخصص	دراسات عليا	تاريخ التعيين	الخبرة	تاريخ التخرج
١	الطبيب الاول	النصر للسيارات	باطنى أطفال	دبلوم باطنة	١٩٦٢	٩	١٩٥٧
٢	الطبيب الثانى	«	أمراض باطنة	«	١٩٦٤	٧	١٩٥٨
٣	الطبيب الثالث	الحديد والصلب	طب صناعات	دبلوم طب صناعات	١٩٦٤	٧	١٩٦٤
٤	الطبيب الرابع	«	أمراض باطنة	دبلوم باطنة	١٩٦١	١٠	١٩٥٨

(١٠ ـ جدول يوضح خصائص الأطباء الذين حددوا العمال المضطربين سيكوسوماتيا)

ويتميز الأطباء بالجدول (١٠) بالخصائص الآتية والتي تجعلنا نثق في تعاونهم وفي ثباتهم في تحديد الحالات وهي:

١ ـ أنهم تخرجوا من كليات الطب منذ فترة طويلة تصل في متوسطها لاثنى عشر عاماً مما تكفي لإكساب الطبيب حنكة ودارية في عمله.

٢ ـ أنهم قد اكتسبوا ألفة بظروف العمل الذي يعملون فيه وبالعمال

الذين يقومون بعلاجهم فتصل مدة خبرتهم في العمل الحالي ثمانية سنوات.

٣ ـ أنهم جميعاً حاصلون على دبلوم أمراض باطنة أو طب صناعات وهذا يشير إلى أن لديهم ميل لتنمية معارفهم الطبية باستمرار والتي يتعرفون من خلالها على كل جديد في الطب، وأن يكونوا عرفوا من خلال تلك الدراسات العليا أهم المفاهيم الجديدة في الطب ومنها: مفهوم السيكوسوماتيك وأثر النفس على الجسم، وقد دلت مناقشاتنا معهم على أن مواد الدراسة في هذه الدبلومات تضمنت مثل هذه المفاهيم.

(٦) **نتائج استبيان الأطباء للعمال المضطربين**: تم تفريغ القوائم التي أعطيت للأطباء في الشركتين، ويتضح من الجدول رقم (١١) عدد العمال المضطربين بكل شركة وفي كل جهاز حسب تحديد الأطباء لهم:

رقم	الاضطراب	النصر للسيارات	الحديد والصلب	المجموع	٪
١	اضطرابات الجهاز المعدى معوى	١٤	٣٧	٥١	٢٢٪
٢	〃 〃 القلب والأوعية	١٦	١٨	٣٤	١٥٪
٣	〃 〃 التنفسى	٣٤	٢٧	٦١	٢٨٪
٤	〃 〃 العصبى المركزى	٠٤	٠٣	٠٧	٠٣٪
٥	〃 〃 الجلد والحساسية	٠٥	١٩	٢٤	١١٪
٦	〃 جهاز الأيض والغدد الصماء	٠٥	١٩	٢٤	١١٪
٧	〃 الجهاز البولى والتناسلى	١٠	—	١٠	٠٥٪
٨	〃 〃 الهيكلى	١٥	٠٩	٢٤	١٠٪
	المجموع	١٠٥	١٢٠	٢٢٥	١٠٠٪

(جدول رقم ١١ يوضح عدد العمال المضطربين بكل شركة)

ويتضح من الجدول رقم (١١) الخصائص الآتية:

١ ـ أن شركة الحديد والصلب بها أكبر عدد من حالات المضطربين.

٢ ـ أن نسبة اضطرابات الجهاز التنفسي أعلى من نسب الاضطرابات الأخرى.

٣ ـ أن الاضطرابات بالجهاز التنفسي بشركة النصر للسيارات أعلى من شركة الحديد والصلب، ورغماً من أن ظروف العمل بالأخيرة وما يحيط به من أتربة وغازات ناتجة عن صهر واستخراج الحديد تساعد على زيادة هذا الاضطراب، في حين أن ظروف العمل بالنصر للسيارات لا توجد به من العوامل بقدر ما بالحديد والصلب، ويؤكد ذلك أثر العامل النفسي في هذه الاضطرابات عن أي عامل آخر.

٤ ـ أن نسبة اضطرابات الجهاز المعدي معوي هي التي تلي نسبة اضطرابات الجهاز التنفسي.

٥ ـ أن نسبة اضطرابات جهاز القلب والأوعية الدموية تقع في المرتبة الثالثة.

٦ ـ بناء على ما قمنا به من دراسة في فصل «حجم وأهمية المشكلة» فإننا نجد اتساقاً بين النتائج السابقة ونتائج البحوث الأجنبية.

(ب) **الأساس المهني**: بعد تحديد العمال المضطربين سيكوسوماتيا في الشركتين بناء على الأساس السابق فقط وهو جزء من ثلاث كما سبق أن قلنا، في الشركتين قمنا بتوزيعهم حسب المهن والوظائف التي يعملون بها لكي يتسنى لنا معرفة المجموعة المهنية التي يشيع فيها وجود هذه الاضطرابات، ويكون العمال الذين يعملون في هذه المهنة هم العينة التي ستجري عليها الدراسة بعد التأكد من أن العامل النفسي هو الأساس في اضطرابهم وهو ما سوف يتضح لنا في الأساس النفسي فيما بعد ويبين الجدول (١٢) الاضطرابات والوظائف التي توجد بها.

رقم	المهنة / الاضطراب	كتابيون	اداريون	ملاحظون	عمال انتاج	عمال صيانة	عمال خدمات انتاج	عتالين	مهندسون ومخططو انتاج	كيماويون ومفتشون ومختبرون	موظفو وعمال مخازن	محاسبون ومراجعون	عاملون بالخدمة الطبية	الأمن والحراسة	عمال الخدمات العامة	الأمن الصناعي	خدمات اجتماعية	المجموع
١	الجهاز المعدى	٣	٦	٩	١	٩	٥	٢	٠٢	٠١	٥	٢	١	٢	٢	١	–	٥١
٢	جهاز القلب	٢	٣	٣	٤	٩	٤	٢	–	٠٢	١	٢	–	١	١	–	–	٣٤
٣	جهاز التنفس	١	٤	٤	٥	١٥	١٧	٦	٠١	٠١	٣	١	–	١	١	١	–	٦١
٤	الجهاز العصبى	–	١	–	١	–	١	١	–	٠٢	١	–	–	–	–	–	–	٠٧
٥	الجلد والحساسية	–	١	١	٢	٣	٢	٢	–	–	–	١	–	١	–	–	١	١٤
٦		–	–	٥	١	٥	٣	٢	٠٣	–	١	١٠	–		١	١	١	٢٤
٧	الجهاز البولى	–	–	١	–	٥	٢	–	–	–	–	–	–	٢	–	–	–	١٠
٨	الجهاز الهيكلى	٢	–	١	٤	٨	٠٣	١	٠١	٠١	١	–	–	٢	–	–	–	٢٤
	المجموع	٠٨	١٥	٢٤	١٨	٥٤	٣٧	١٦	٠٧	٠٧	١٢	١٦	٠١	٠٩	٠٥	٠٣	٢	٢٢٥

(١٢ - جدول الاضطرابات موزعة حسب المهن المختلفة)

ويتضح من الجدول السابق أن هذه الاضطرابات تشيع بين عمال الصيانة عنه في أي مهنة أخرى إذ يصل العدد بها إلى ٥٤ عاملاً في الاضطرابات المختلفة ويوضح الجدول (١٣) توزيع هذا العدد على الاضطرابات المختلفة.

الاضطراب	الجهاز المعدى	القلب والأوعية الدموية	الجهاز التنفسى	الجهاز العصبى	الجلد والحساسية	الأيض والغدد الصماء	الجهاز البولى	الجهاز الهيكلى	مج
العدد	٠٩	٠٩	١٥	—	٠٣	٥	٠٥	٠٨	٥٤

(١٣ ــ جدول توزيع فئات الاضطرابات المختلفة)

كما يوضح الجدول (١٤) توزيع هؤلاء العمال على الوظائف المختلفة بمهن الصيانة:

الوظائف	كهربائى صيانة	حداد	شحام	براد	ميكانيكى	خراط	لحام	سمكرى	مج
العدد	٦	٢	٣	١٠	١٥	٢	٠٩	٧	٥٤

(١٤ ــ جدول يوضح توزيع الاضطرابات حسب وظائف مهنة الصيانة)

ولما كانت الإمكانيات المادية والبشرية للباحث غير كافية للقيام بهذه الدراسة في الشركتين وعلى جميع الحالات فقد اقتصر الباحث في دراسته على الحالات التي حددها الأطباء في شركة الحديد والصلب بمهنة الصيانة.

ويوضح الجدول (١٥) عدد الحالات بشركة الحديد والصلب موزعة على الاضطرابات المختلفة:

رقم	الاضطــراب	العدد
١	الجهاز المعدى معوى	٨
٢	جهاز القلب والأوعية الدموية	٨
٣	الجهاز التنفسى	٧
٤	الجهاز العصبى	—
٥	الجلد والحساسية	٢
٦	جهاز الأيض والغدد الصم	٣
٧	الجهاز البولى	—
٨	الجهاز الهيكلى	١
	الجملة	٢٩

(١٥ ــ جدول حالات المرضى بشركة الحديد والصلب موزعة على الاضطرابات المختلفة)

كما يوضح الجدول (١٦) عدد الحالات موزعة على وظائف مجموعة مهن الصيانة:

رقم	الوظيفــــــة	العدد
١	كهـــــربائى	٦
٢	حـــــداد	١١
٣	شحـــــام	٣
٤	بـــــراد	٣
٥	ميكـــــانيكى	١٢

رقم	الوظيفة	العدد
٦	خراط	٢
٧	لحام	٢
٨	سمكرى	—
	الجملة	٢٩

(١٦ ــ جدول حالات شركة الحديد والصلب موزعة حسب الوظائف)

ويشير عد العمال المضطربين بشركة الحديد والصلب إلى آن نسبتهم تصل إلى ٥٤٪ من مجموع المضطربين في الشركتين.

(جـ) فحص وقائع الملفات والبطاقات الطبية: بعد الاستقرار على عدد الحالات التي سيتم إجراء هذه الدراسة عليها قمنا بفحص الملفات الطبية للمرضى وتأكدنا من وجود الفحوص التي تثبت وجود الإصابة أو الخلل في وظيفة الجسم.

ولقد أسفرت نتيجة هذا الفحص عن عدم وجود حالات لا يوجد في ملفاتها ما يثبت الخلل أو الإصابة في الجسم، كذلك ما يثبت الاستمرار في المزيد من البحوث والاختبارات الطبية حتى إجراء هذا الفحص.

ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى أن الطبيب في تحديده للحالة التي ينطبق علهيا التعريف لم يكن يعتمد على ألفته بالمريض ومعرفته به فقط بل وبالإضافة إلى ذلك فإن المريض يدخل للعرض على الطبيب ومعه «أورنيك طبي» محول به من القسم التابع له نتيجة شكوى أو ألم يعوقه عن أداء عمله، وفي نفس الوقت تكون معه: البطاقة الطبية الخاصة بتاريخه المرضي والتي تتضمن البيانات الآتية:

١ ـ اسم العامل.
٢ ـ القسم التابع له.
٣ ـ تاريخ التعيين.
٤ ـ تاريخ الميلاد.
٥ ـ الاجازات المرضية.
٦ ـ الاجازات الخاصة بالإصابة.
٧ ـ التشخيص والعلاج.
٨ ـ النبض.
٩ ـ الحرارة.

فلكل بيان من البيانات السابقة قيمة وعلاقة بالمرض، فالقسم الذي يعمل فيه العامل والظروف التي به، تعطى مؤشرات للطبيب تساعده في معرفة هل تكون علاقة المرض بظروف العمل من أتربة وغبار وغازات، أم علاقته تكون بالعوامل الاجتماعية والأسرية الخاصة بالمريض إن لم تكن ظروف العمل هي المؤثرة. كذلك فإن تاريخ التعيين يكشف عن الخبرة التي لدى العامل في العمل ووقت ظهور المرض منذ تعيينه حسب تاريخ زيارة المريض، ويتم في البطاقة أيضاً كتابة الشكوى والتشخيص والفحوص الطبية والاختبارات التي أجريت على المريض للتأكد من مرضه.

مجمل القول أن الطبيب كان يستند في تحديده للحالة على ما في البطاقة الطبية من بيانات تتفق وما سبق طرحه من تعريف لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى جانب حالة المريض الراهنة.

(د) **الأساس النفسي**: سبق أن استعرضنا طرق التشخيص السيكوسوماتي المختلفة في الفصل الحادي عشر ابتداءً من افتراضات فيس وانجلش: كالتاريخ الأسري، ووجود شواهد لعصاب في الطفولة، والحساسية لعوامل انفعالية خاصة، وبناء الشخصية الخاص، والسلوك الخاص إلى ما عرضه نفس الكاتبان عن معادلة هالليدي المكونة من ست نقط Halliday'Six point Formula وهذه النقط هي: الانفعال كعامل معجل، ونموذج الشخصية، ومعدل الجنس، والارتباط بعلل سيكوسوماتية أخرى والتاريخ الأسري، وظهور صورة المرض.

كذلك استعرضنا ما قدمه المؤلفان من استخدام الطريقة الطويلة في

التشخيص حيث يقولان: بأنه يلاحظ في الدراسة الطويلة أن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر في مراحل تاريخية تسع أو مواقف تسع يقابلها الإنسان في حياته، منذ ميلاده حتى الشيخوخة. ويظهر في كل مرحلة أو موقف من هذه المواقف التسع أو تتكون مجموعة الأعراض الخاصة بها وهذه المراحل هي: الفمية ـ الشرجية ـ التناسلية ـ الكمون ـ البلوغ ـ المراهقة ـ حياة الشباب المبكرة ـ حياة الشباب ـ فترة الشيخوخة.

وتدخل هاتان الطريقتان (افتراضات فيس وانجلس، ومعادلة هالليدي) في نطاق ما نطلق عليه الطرق الذاتية في التشخيص.

كما استعرض نفس الكاتبان اختبار بقع الحبر لرورشاخ كوسيلة إسقاطية تستخدم في مجال السيكوسوماتيك لتحديد عما إذا كان نمط الشخصية أقرب إلى الذهان أم العصاب. وهذا الاختبار ممكن أن يوجه له من النقد أيضاً ما يوجه للطرق الذاتية وهو أن استجابات المرضى عليه وإن كانت لها معايير للتصحيح إلا أن باحثان قد يختلفان في تقدير استجابة واحدة (١٠٤: ٣٥).

وإلى جانب الطرق الثلاث السابقة استعرضنا الطرق الموضوعية المستخدمة في التشخيص فوجدنا أن أمامنا اختباران: اختبار الشخصية المتعدد الأوجه .M.M.P.I، وقائمة كورنل. والاختبار الأول ميز في بعض الدراسات بين الآلام العضوية المنشأ والآلام النفسية المنشأ (٦٦: ١).

إلا أن هذا الاختبار يحتاج لوقت طويل إذ تصل عباراته إلى ٥٦٦ سؤال كما أن إعداده ليتناسب مع العمال يستغرق وقتاً طويلاً.

أما الاختبار الثاني Cornell Index فقد وضع كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصبية، وبه مقاييس تكشف صراحة عن هذه الجوانب مثل: مقياس أعراض التنفس والدورة الدموية، ومقياس السيكوسوماتيك، ومقياس الجهاز المعدي معوي، كما يكشف عن حالات القلق وتوهم المرض، والاتجاهات المضادة للمجتمع، واضطربات

التشنج والصداع النصفي، والربو والقرح الهضمية، ويركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية، وهو أقل كفاية في الكشف عن الحالات التي لديها شلل هستيري، وحالات الذهان المبكر، وهو ليس فعالاً في الشمف عن الحالات الوسواسية (١٠٦ :).

وعلى هذا الأساس وبناء على ما يتصف به هذا المقياس الأخير من خصائص تتسق ومقتضيات هذه الدراسة وهو الحاجة لوسيلة قياس وتشخيص موضوعي عن الاضطرابات السيكوسوماتية. استخدمنا هذا المقياس في تحديد الحالات التي تكون موضوع دراستنا. وذلك بعد أن قمنا بعمل «صورة باللغة العامية للاختبار» أجريت عليها عمليات التقنين المناسبة والتي سترد في مكانها.

كما أننا في تطبيقنا للاختبار استخدمنا نفس الأساس الذي استخدمه مؤلفوه في التمييز بين الحالات التي لديها اضطراب سيكوسوماتي أي اضطراب أساسه نفسي من الحالات التي ليست لديها اضطرابات سيكوسوماتية، وهذا الأساس هو أن الدرجة ٢٣ فأكثر على الاختبار تكشف عن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وعصابية شديدة.

والحقيقة أن استخدام الاختبارات لحد فاصل يميز بين المرضى وغيرهم من فئات ليس جديداً. بل هو لب هذه المقاييس وليس أدل على ذلك من أن الدرجة ٧٠ فما فوق في مقياس الـM.M.P.I تكشف عن الاضطراب، كما أن هذا الاختبار (نفس الصورة) استخدمت في دراسة بالبيئة المحلية وعلى طلبة الجامعات حيث ميز الاختبار بدرجة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ وذلك بين الطلبة الذين شخصوا في العيادة النفسية بأن لديهم اضطرابات سيكوسوماتية وبين الطلبة الأسوياء (٤٣ : ٧٥) لكن الباحث في هذه الرسالة لم يوضح لنا مفهومه عن الاضطرابات السيكوسوماتية وعما إذا كان قد أجرى على هؤلاء الطلبة من المرضى فحوص طبية أكدت الجانب الفسيولوجي للاضطراب أم لا. وبعد تطبيق وتصحيح الاختبار على كل حالة كان يتم بقاء الحالة التي

تحصل على درجة ٢٣ فما فوق بناءاً على الأساس السابق وعزل الحالة التي تحصل على درجة أقل من ذلك. وبعد عملية تطبيق الاختبار على الحالات الـ ٢٩ بشركة الحديد والصلب تمخضت النتيجة عن عزل أربع عمال حصلوا على درجات أقل بكثير من المعدل المطلوب.

وفيما يلى الجدول (١٧) يبين هؤلاء العمال الأربعة والاضطربات التي لديهم ومهنهم وأعمارهم والدرجة التي حصلوا عليها في القائمة:

رقم	المرض	الوظيفة	العمر	الدرجة على المقياس
١	بول سكرى	كهربائى	٥٨	٠٧
٢	ربو	خراط	٤٣	١٢
٣	ربو	شحام	٤١	١٦
٤	ربو	لحام	٤١	١٢

(١٧ ـــ جدول الحالات المعزولة حسب الأساس النفسى)

وقد قمنا باستقصاء المشكلة لدى هذه الحالات لإلقاء الضوء عليها، وإن كانت من وجهة نظرهم، إلا أن ذلك دون شك سيفيدنا في معرفة نقص درجات الاختبار لديهم.

ففي مقابلة بعد الانتهاء من الاختبار وتصحيحه مع الحالة رقم (١) قال: «أنا عندي نسبة من السكر في البول من حوالي ثلاث سنين ولا أعرف سببه وكان عندي ولد ساعتها راح حرب اليمن واتأسر سنتين وأفتكر أن الحالة دي السبب ورجع ابني والحمد لله».

أما الاستقصاء الذي أجرى مع الحالة رقم (٣) فيقول: «الربو جالي من سنتين وسببه أني بأقوم بشحومات للآلات وفيه صنف من الزيوت بيخلى نفسي بيضيق».

أما الحالة رقم (٤) فقال: «جالي الربو بعدما دخلت الشركة من سنتين وسببه دخانة لحام الكهرباء». ويتضح لنا من ذلك أن الاضطراب نشأ لدى بعض الحالات وكان سببه (من وجهة نظرهم) عوامل خارجية ناتجة عن المهنة، وفي البعض الآخر بسبب عوامل ضغط أسرى انتهت مصاحباتها السيكولوجية بزوال الضغط وهو في هذه الحالة ذهاب الخوف أو حالة القلق التي نتجت من الخوف من فقدان الابن.

(٣) **خصائص العينة**: وسنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص العينة بالنسبة:

١ ـ توزيع الأمراض السيكوسوماتية بها.
٢ ـ توزيع الوظائف بها.
٣ ـ الحالة الاجتماعية.
٤ ـ الحالة التعليمية.
٥ ـ الخبرة.
٦ ـ الأجر.
٧ ـ العمر.

١ ـ توزيع الاضطرابات السيكوسوماتية أجهزة الجسم:

يبيم الجدول (١٨)، (١٩) عدد الحالات أمام كل اضطراب.

رقم	الاضطـــراب	العدد
١	اضطرابات جهاز القلب والأوعية الدموية	٨
٢	» » المعدى معوى	٨
٣	» » التنفس	٤
٤	» » الجلـد	٢

رقم	الاضطـــراب	العدد
٥	اضطرابات جهاز الأيض والغدد الصم	٢
٦	« الجهاز الهيكلى	١
الجمـــلة		٢٥

(١٨ ـــ جـدول توزيع حالات الاضطراب السيكوسوماتى حسب أجهزة الجسم)

الجهاز	القلب والأوعية الدموية		الجهاز المعدى معوى				الجهاز التنفسى	الجلد	الأيض والغدد	جهاز هيكلى	مجموع
الاضطراب	ارتفاع الضغط	عصياب قلب	اثنا عشر	قولون	التهاب معدة	قرحة معدة	ربو شعبى	التهاب جلدى عصبى	بول سكرى	التهاب مفاصل	
العدد	٥	٣	٣	٢	٢	١	٤	٢	٢	١	٢٥

(١٩ ـــ جـدول توزيع الاضطرابات حسب المرض الذى لدى كل حالة)

ولقد اتضح أن هناك حالتين من حالات الربو الشعبي ظهر بها اضطرابات أخرى في الجسم مصاحبة للربو.

الحالة الأولى لديها أوجاع ظهر ويعمل ميكانيكي وعمره ٤٣ عاماً، يقرأ ويكتب، له خبرة ١٢ عاماً في الشركة.

والحالة الثانية لديها قرحة في المعدة ويعمل براد وعمره ٤٠ عاماً، وله خبرة ١٣ عاماً في الشركة.

٣ ـ ويوضح الجدول (٢٠) توزيع الوظائف لدى أفراد العينة:

الوظيفة	ميكانيكي	كهربائي	براد	شحام	حداد	لحام	خراط	المجموع
العدد	١٢	٥	٣	٢	١	١	١	٢٥

(٢٠ ــ جدول توزيع الوظائف لدى أفراد العينة)

٤ ـ ويوضح الجدول (٢١) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة:

الحـالة	أعـــزب	أرمل	مطلق	متزوج	المجموع
العدد	—	—	—	٢٥	٢٥

(٢١ ــ جـدول الحالة الاجتماعية لأفراد العينة)

٥ ـ ويبين الجدول (٢٢) الحالة التعليمية لأفراد العينة:

الحالة	أمي	٪	يقرأ ويكتب	٪	ابتدائية	٪	اعدادية	٪
العدد	١	٤٪	١٩	٧٦٪	٤	١٦٪	٦	٤٪

(٢٢ ــ جـدول الحالة التعليمية لأفراد العينة)

٦ ـ كما يوضح الجدول (٢٣) المتوسط والانحراف المعياري للعمر والأجر وسنوات الخبرة

العمـــر		الأجـــر		سنوات الخبرة	
م	ع	م	ع	م	ع
٤٢,٩	٦,٦٥	١٨,٦٤	٤	١١,٥٢	٢,٣٦

(٢٣ ــ جـــدول العمر والأجر لأفراد العينـــة)

(٤) تقنين أدوات قياس عوامل التوافق المهني
(أ) بالنسبة لوسائل الاستعدادات والقدرات الخاصة بالمهنة:
تحديد القدرات المتطلبة في الوظائف التي يشغلها المرضى

تتطلب عملية تحديد القدرات المتطلبة في الوظائف التي يشغلها المرضى إجراء تحليل لهذه الوظائف وتلك العملية سارت في الخطوات الآتية:

(أ) توزيع الوظائف: تم إجراء توزيع تكراري لوظائف الصيانة الميكانيكية والكهربائية التي يشغلها أفراد المجموعة التجريبية) بناء على التصنيف الإداري الداخلي للوظائف بالشركة) لمعرفة أكثر هذه الوظائف تكراراً تمهيداً لإجراء تحليل لهذا فكان هذا التوزيع كما في الجدول (٢٤):

رقـــم	الوظـائـــف	التكرار	٪
١	ميكـــانيكي	١٢	٤٨٪
٢	كهـــربائي	٠٥	٢٠٪
٣	حـــداد	٠١	٤٪

٪	التكرار	الوظـائـف	رقـم
٤٨٪	١٢	بـــراد	٤
٢٠٪	٠٥	لحـــام	٥
٤٪	٠١	خـــراط	٦
٨٪	٠٢	شحـــام	٧

(٢٤ ـــ جدول توزيع الوظائف فى تجربة تحليل العمل)

ويتبين من الجدول (٢٤) أن عدد الوظائف التي يشغلها أفراد العينة التجريبية ـ كما هو واضح في الجدول السابق ـ سبعة وظائف، وعددها على هذا النحو لا يمثل صعوبة كبرى على الباحث لإجراء تحليل عمل Job analysis لها جميعاً وذلك إذا نظرنا لهذا العدد في ضوء عدد الوظائف التي تقع في نطاق العائلة المهنية للوظائف الميكانيكية والكهربائية.

(ب) **إعداد استمارة تحليل العمل**: تم إعداد استمارة تحليل العمل لاستخدامها في إجراء تحليل للوظائف السبع السابقة وتدوين البيانات الهامة والتفصيلية فيها، وتضمنت الأبعاد الرئيسية الآتية:

بيانات عن الوظيفة كالفئة المالية والقسم والإدارة، وملخصاً للواجبات وتفاصيل الواجبات والأعمال الدورية والعارضة، والمتطلبات الضرورية للأداء مثل: التعليم ـ المعلومات المهنية ـ الخبرة السابقة ـ التدريب، الأدوات اللازمة ـ الدقة والمهارة وسمات الشخصية ـ والميول والقدرات العقلية والنشاط البدني، كما تضمنت المسؤولية سواء بالنسبة للأدوات والأجهزة أو المناهج الخاصة بالعمل وطرقه، أو بالنسبة لعمل الآخرين وسلامتهم.

كما تضمنت الاستمارة بند الإشراف سواء على الغير أو على شاغل الوظيفة، وتضمنت أيضاً ظروف العمل التي توجد في البيئة المحيطة بأداء

العامل من حرارة ورطوبة وأتربة وضوضاء، ومن مخاطر وأمراض ومن مواعيد عمل، واشتملت الاستمارة أيضاً بيانات عن علاقات الوظيفة يشمل علاقة الوظيفة بالوظائف الأخرى وفي النهاية تضمنت الاستمارة بياناً عن شاغل الوظيفة.

والاستمارة بهذا النحو احتوت على جميع الأبعاد التي في استمارات تحليل العمل وقد تم إعداد ميزان لتقدير القدرات المتطلبة باستمارة التحليل ويتكون من خمس درجات (أ، ب، ج، د، هـ، وتعني كل درجة من درجات الميزان ما يلي:

(أ) أن القدرة ضرورية جداً للأداء في العمل وذو أهمية قصوى.
(ب) أن القدرة كبيرة الأهمية للأداء.
(جـ) أن القدرة مطلوبة أي ذات دلالة.
(د) أن القدرة أقل أهمية.
(هـ) أن القدرة غير مطلوبة.

كما أعطى لكل درجة بالميزان مجموعة من النقط على النحو الآتي أ = خمس نقط، ب = ٤ نقط، جـ = ثلاث نقط، د = نقطتين، هـ = نقطة واحدة فقط.

(جـ) **إجراء تحليل العمل**: قبل أن نجرى عملية تحليل العمل يواجهنا سؤال هو: ما علاقة تحليل العمل بموضوع الدراسة فضلاً عن أنه منهج نصل من خلاله للقدرات المتطلبة في العمل؟

ويقتضي الإجابة على هذا السؤال بعض التأمل في التعريفات المختلفة لتحليل العمل حيث أننا سنصل من خلال ذلك إلى التقاء في الهدف بين تحليل العمل وموضوع الدراسة، فهدف الدراسة هو الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والتوافق المهني أي نجاح العامل وفشله فيه ويلتقي تحليل العمل مع هذه الدراسة في هذه الناحية حيث تشير معظم تعاريف تحليل العمل لذلك فتعريف تحليل العمل من قبل المركز القومي

للموظفين «... تحديد للمؤهلات الإنسانية والفردية للنجاح في الأداء» وفي تعريف مكتب التوظيف الأمريكي «تحديد العوامل المتطلبة في العامل للنجاح في الأداء» كما أن تحليـل العمل يهدف إلى وضع فروض تتعلق بالخصائص المرتبطة بالنجاح في العمل وأسباب الفشل والتي تبدأ من عدم وجود تآزر إلى فقر في الدوافع (٣٨: ٥٥).

ولعل في تلك الإجابة رداً على ذلك التساؤل بما يسمح لنا باتخاذ ذلك المنهج من الناحيتين النظرية والعملية وسيلة نحدد من خلالها القدرات المتطلبة في العمل.

وقبل قيامنا بعملية التحليل مهدنا لذلك بالاطلاع على كافة البيانات التي استطعنا الحصول عليها من تحاليل سابقة قام بها قسم تحليل وتقييم الوظائف بالشركة ومن نشرات متعلقة بالوظائف. كما تم شرح الهدف من التحليل للمسؤولين مع استبعاد علاقة ذلك التحليل بساعات العمل وأوقات الراحة والأجور والاكتفاء بشرح عملية التحليل وعلاقتها بإعداد المقاييس النفسية التي تستخدم في الاختيار المهني وعلاقة ذلك الأخير بزيادة الإنتاج.

وبعد تنسيق تلك المعلومات والبيانات وتنظيمها بطريقة تعطي لنا صورة ابتدائية للقيام بعمليات التحليل والتي اعتمدنا فيها على كل من الملاحظة لأداء العامل والمقابلة في وقت واحد. وفي الملاحظة كنا تقوم بمتابعة أداء العامل بالدقة والتفصيل لكي نتمكن من الإجابة على أسئلة معادلـة تحليـل العمـل وهي: مـاذا؟ وكيـف؟ ولمـاذا؟ ومـا هـي العوامـل المتفاعلة؟

ويعني الجزء الأول منها(ماذا يقوم به العامل؟) حيث يشمل ذلك الاستجابات البدنية للظروف المحيطة بالعمل، ويعني الجزء الثاني (كيف يقوم العامل بعمله؟ (الطريقة التي يتبعها العامل لأداء واجباته مثل استخدام الأدوات والمقاييس... الخ.

ويعني الجزء الثالث (لماذا يقوم العالم بعمله) تحديد الغرض من

أجله يقوم العامل بعمله وذلك لتحديد الغرض الإجمالي للوظيفة.

ويعني الجزء الرابع (ما هي العوامل المتفاعلة في أداء الوظيفة) مستوى ودرجة صعوبة الوظيفة كنواحي المهارة والمعرفة والقدرة.

وبعد قيام بالملاحظة لأداء العامل وعمل الملاحظات الخاصة بمحتويات العمل قمنا بعمل المقابلات مع العمال أنفسهم ومع المشرفين عليهم لمراجعة البيانات التي حصلنا عليها، وذلك لاستبعاد البيانات التي لا علاقة لها بالعمل واستكمال المعلومات التي لم يكف وقت الملاحظة للإلمام بها أو قصرت مهارة العامل عن أدائها رغماً من اختيارنا لأمرهم.

وبعد ذلك كنا نقوم بتطبيق معادلة تحليل العمل على خطوات العمل والواجبات الخاصة به فور الانتهاء من جميع البيانات بكل من الملاحظة والمقابلة وذلك خشية تدخل عوامل النسيان وذلك تمهيداً لاستخلاص القدرات اللعقلية المتطلبة لهذه الوظائف.

(د) **نتائج تحليل العمل**: استمرت عملية التحليل عشرة أيام وتم بعد ذلك تفريغ القدرات المتطلبة والتي أخذت تقديراً أ، ب وقبل أن نذكر هذه القدرات نورد ملخصاًلواجبات كل وظيفة من هذه الوظائف:

١ ـ ملخص واجبات الوظائف:

(أ) **حداد**: تجهيز الكور للعمل والقيام بعمليات القياس والشنكرة وتشغيل وأبور المرزبة لسحب القطعة عليه، واستعدال المسمار على السندال. والقيام بعمليات القياس بالبرجل الكروي للتأكد من صحة الشغل وتقتضي منه هذه الوظيفة معلومات عن عمليات القياس.

(ب) **براد**: شنكرة الاستمبات والسكاكين اللازمة للعمل، واستخدام أدوات القياس المختلفة في الشنكرة وثقة وتوسيع، وتفريغ الفتحات وقلوظة أخرام المسامير وسطف فتحات الاستمبة بالمبرد والقيام بنقل الاستمبة لفرن التسقية لتسخينها قبل إرسالها للتجليج.

وتقتضي هذه الوظيفة من العامل لكي يستطيع القيام بها معلومات علمية وعملية عن الرسوم الخاصة بالعمل وكيفية قراءتها، ودراستها ومعلومات علمية وعملية عن الشنكرة والثقب والقلوظة والشطف ويشرف عليه ملاحظة الدلايل والمخارط.

(جـ) ميكانيكي: يتلقى تعليمات من رئيسه بعد استلام العمل للمرور على غرف الشحن لعمل الصيانة اللازمة فيها كشد سير الهزاز، وعمل الصيانة لبوابات الفحم وقياس ضغط الزيت وتنظيم سير سلك عربة الفحم كذلك يقوم بالمرور على مسخنات الهواء للتأكد من سلامة البلف ومن سخونة مياه ماسورة البلف وسلامة جنزير بلف الغاز.

كذلك يقوم بالمرور على عربات الجلخ لتنظيف ترسي الجريدة وتغيير هواء العربة وتزويد عربات الميزان بالزيوت. كذلك يقوم بالمرور على أفران الجير لتنظيم سلك أفران الجير وشد سير الهزاز وشد سير المراوح كما يطلب من عامل التسحيم التوجه لمكان المراوح لتشحيمها.

وتقتضي هذه الوظيفة من العامل لكي يستطيع القيام بها معلومات علمية عن عمليات الفك والتركيب الخاصة بأماكن العمل المختلفة بالأفران ومعلومات مهنية نظرية عن طرق تشغيل الماكينات والعربات لعمل الصيانة اللائقة لها كما أنه مسؤول عن الأدوات التي يستخدمها في عمليات الفك والتركيب ومسؤول عن اتباع الطرق السليمة في الكشف عن الأعطال لفك الجزء المراد عمل صيانة له والقيام بتركيبه. ويشرف على العامل ويعطي له التعليمات ملاحظ ثان صيانة ميكانيكا الأفران. ويعمل في بيئة حارة ومتربة وبها ضوضاء ويتعرض لمخاطر ميكانيكية وأشياء متحركة.

(د) خراط: القيام بتشغيل المخرطة وتنفيذ المطلوب عليها والقيام بعمليات القياس اللازمة حسب أوامر التشغيل الواردة إليه والمعتمدة من رئيسه المباشر. وتقتضي هذه الوظيفة من العامل لكي يستطيع القيام بعمله معلومات علمية وعملية عن كيفية تشغيل المخرطة واستخدام أجهزة القياس

المختلفة لتحديد الأطوال والسمك المطلوب كما تتطلب منه معلومات علمية وعملية عن كيفية تنفيذ العمليات الخاصة بالقلوظة والخرم والخراطات المختلفة. وهو مسؤول عن كافة الأدوات والأجهزة والآلات التي يستخدمها في خرط الخامات حسب أوامر التشغيل كما أنه مسؤول عن تنفيذ أوامر التشغيل على الخامات باستخدام المخرطة حسب الطريقة المتعارف عليها في العمل ويشرف عليه ملاحظ الدلايل والمخارط.

(هـ) **لحام**: يقابل الملاحظ لتلقي التعليمات لمعرفة نوع الشغل المطلوب عمله فيقوم بعمليات لحام الكهرباء بتحضير عدة اللحام والإعداد والتجيز له على عدة اللحام. كما يقوم بقطع المعادن بالأكسجين بتركيب المنظمات والخراطيم في الاسطوانات وفتح الاسطوانات وإشعال اللمبة تمهيداً لقطع الصاج بالأكسجين.

وتقتضي هذه الوظيفة من العامل لكي يستطيع القيام بها معلومات عن تكنولوجيا المعادن وأنواع سلك اللحام، وهو مسؤول عن سلامة الأدوات التي تستعمل بها اللحام ومسؤول أيضاً عن مراعاة عدم ارتفاع درجة الحرارة للأنابيب التي يستعملها والخاصة بالغاز لكي لا تنفجر وتسبب أضراراً جسمية للعاملين بالوحدة. كما يشرف عليه ملاحظ ثان الوحدة.

(و) **كهربائي**: استلام العمل من زميله بالوردية السابقة ويتلقى التعليمات من رئيسه للكشف عن الأعطال بالمفاتيح المغناطيسية والقاطع الحراري والدائرة الكهربائية والربليهات والكوبل. كما يقوم بعمل الصيانات اللازمة للأعطال بتركيب سلك توصيل الفيوز للمفتاح المغناطيسي، وتركيب قاطع حراري حديد بدلاً من القاطع المحروق وعمل الصيانة اللازمة للدائرة الكهربائية.

وتقتضي هذه الوظيفة من العامل لكي يستطيع القيام بها معلومات عن طرق استخدام أجهزة الكشف عن الأعطاب ومعلومات علمية ونظرية عن التوصيلات الكهربائية، وهو مسؤول عن الأدوات المستخدمة في الكشف

عن الأعطال كالمفك وسكينة التقشير والبنسة والأمبير، ومسؤول عن استعمال الطرق الصحيحة في قراءة الرسوم، وتتبع مواقعها على اللوحات، وعن القيام بعمليات الفك والتركيب بطريقة سليمة كما أنه مسؤول عن تقطيعه الأسلاك بطريقة سليمة لعدم حدوث ماس يؤدي لأضرار بسلامة الآخرين.

٢ ـ القدرات المتطلبة

تم تفريغ التقديرات التي حصلت عليها كل وظيفة من الوظائف الست السابقة في القدرات العقلية المختلفة وتم إبقاء القدرة التي حصلت على ثلاث تقديرات من: أ، أو: ب، أو هما معاً، فكانت هذه القدرات التي تكررت في خمسين ٥٠٪ في المائة فما فوق من عدد الوظائف كما في الجدول (٢٥):

رقم	القدرة	مرات التكرار	نسبة تكرارها ٪
١	الاستدلال الميكانيكي	٣	٥٠٪
٢	تذكر أماكن الأشياء	٣	٥٠٪
٣	مهارة الأصابع	٣	٥٠٪
٤	الفهم	٣	٥٠٪
٥	سرعة الإدراك	٥	٨٣٪
٦	إدراك العلاقات المكتبية	٣	٥٠٪

(٢٥ ــ جدول يبين تكرار القدرات)

تعليق: وبالنظر لنتائج تحليل العمل بالجدول (٢٥) نجد أنها تتمشى مع تصنيفيات علماء النفس للاستعدادات والقدرات وذلك لاستخدامها في

التوجيه المهني نجد أنها تتشمى مع هذه التصنيفات، فتصنيف وليامسون Williamson في كتابه المسمى Students and occupations سنة ١٩٣٧ يبين أن القدرات التي ترتبط بمهنة الميكانيكا هي القدرة الإنشائية والميكانيكية والتي تتضمن إدراك العلاقات الميكانيكية ومهارة الأيدي والأصابع والدقة في الحركات التوافقية. إلا أنه يؤخذ على هذا التصنيف أنه لم يقم على أساس تجريبي. كما تتمشى مع تصنيفات كل من باترسون وجيركن وكليتون وهمان: «aterson, Gerken, Clayton & Hahan» فالقدرات المرتبطة بمهن الميكانيكا في تصنيفهم هي: القدرة الميكانيكية والقدرة على معاجلة الأشياء واستخدام الآلات والعدد والمواد المختلفة والقدرة على إدراك الحركات التوافقية وقد عرضوا هذا التصنيف في كتابهم: The Minnostta occupational Rating-Scales عام ١٩٥٣. كما تتفق نتائجها مع تصنيف جلفورد والذي اعتمد على كل من تحليل العمل والتحليل العاملي في عمل تصنيفه هذا فالقدرات المتطلبة لمهن الميكانيكا والكهرباء (الصيانة في بحثنا هذا) هي:

١ ـ الدقة الحركية والتي تتضمن استخدام الأصابع.
٢ ـ القدرة على تصور الأشياء إذا وضعت معا.
٣ ـ القدرة على القراءة والفهم والحكم في المواقف العملية.
٤ ـ القدرة على رسم النماذج البسيطة بدقة.
٥ ـ القدرة على تحديد المكونات العامة في الأشكال.
٦ ـ القدرة على فهم وتحليل المبادىء والحركات الميكانيكية[١].

وإن الاختلاف بين ما توصلنا إليه من قدرات وبين تلك التصنيفات هو أن المهن في مصر مع بداية التطور التكنولوجي لم تصل لمرحلة المهارة والدقة ومما يستتبعه حاجتها إلى مثل هذا العدد الكبير من القدرات.

كما أننا نظرنا للتصنيفات المحلية كتصنيف مصلحة الكفاية

---

(١) عطية هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ النهضة العربية ـ ١٩٥٩ ص ١٢٨.

الإنتاجية[1] وتصنيف محمود عبد القادر[2] إلا أن هذه التصنيفات قد اختلفت عن تصنيفنا حيث أن القدرات المتطلبة بها لتلاميذ التدريب المهني وهي تختلف عن تلك المتطلبة للعمال (بحوث فلشمان)[3].

«القدرات والاختبارات التي تقيسها»

تم اختيار الاختبارات التي تقيس القدرات الناتجة من عملية تحليل العمل ويوضح الجدول (٢٦) هذه القدرات والاختبارات التي تقيسها:

القدرة:	الاستدلال	تذكر أوضاع العدد	إدراك علاقات مكانية	مهارة أصابع وضع ونزع	سرعة الإدراك	الفهم
الاختبار:	استدلال ميكانيكي	تجميع ميكانيكي	تجميع ميكانيكي	أوكونر لمهارة الأصابع	سرعة إدراك الصور	الفهم العام

(جدول (٢٦) يبين القدرات والاختبارات الخاصة بقياسها)

«وصف الاختبارات»

وفيما يلي وصف للاختبارات المستخدمة لقياس الاستعدادات والقدرات الخاصة نتناولها من الزوايات الآتية: أصل الاختبار ـ وحدات الاختبار ـ التعليمات ـ التدريب على الاختبار ـ زمن الاختبار ـ طريقة تطبيق الاختبار ـ تصحيح الاختبار ـ الوظائف التي يقيسها الاختبار.

(١) السيد خيري ـ الاختبار السيكولوجي لتلاميذ التدريب المهني ـ مصلحة الكفاية الإنتاجية.
(٢) محمود عبد القادر ـ القدرات الميكانيكية.
(٣) محمود أبو النيل ـ القدرات الحركية.

١ ـ الاستدلال الميكانيكي(*)

(أ) أصل الاختبار: مقتبس من بطارية D. A. T. وقد قامت مراقبة الاختبارات النفسية بمصلحة الكفاية الإنتاجية بإجراء تعديلات على الاختبار وعمل تقنينات له حتى ظهر على النحو الذي استخدمناه.

(ب) وحدات الاختبار: يتكون الاختبار من ٢٤ وحدة كل منها يتضمن صورة لموقف من المواقف الميكانيكية بجواره سؤال بسيط بالمطلوب وكل فقرة لها ثلاث احتمالات لإجابة واحدة هي الصحيحة.

(ج) التعليمات: يتكون هذا الاختبار من عدد من الصور وأسئلة عليها المطلوب منك الإجابة عنها بورقة الإجابة عنها بورثة الإجابة المنفصلة

(د) التدريب على الاختبار: **(المثال س)**: ترى في هذا المثال صورة رجلين أ، ب يحملان جزءاً من آلة والسؤال هو: أي الرجلين يتحمل ثقلاً أكبر؟ فإذا كان الرجل (أ) يتحمل ثقلاً أكبر تملأ الخانة (أ) بكراسة الإجابة أمام المثال (س) وإذا كان الرجل (ب) تملأ الخانة (ب) وإذا كان الرجلان يتحملان ثقلين متساويين تملأ الخانة (ج) تلاحظ أن الرجل (ب) يتحمل ثقلاً أكبر لأن الوزن أقرب له من الرجل (أ) ولذلك قد ملئت الخانة (ب).

كما أن هناك مثال ثاني يعطى للمفحوصين لزيادة الألفة والتدريب على وحدات الاختبار.

(هـ) زمن الاختبار: ٢٠ عشرون دقيقة.

(و) طريقة تطبيق الاختبار: طبق الاختبار في هذه الدراسة فردياً

(*) د. السيد خيري ـ إشراف ـ بطارية اختبارات استعدادات حرفي المعادن ـ مصلحة الكفاية الإنتاجية.

وجمعياً على حسب الظروف التي تمكن الباحث من خلالها الحصول على الحالات، كما طبق فردياً على الأميين (حالة واحدة فقط).

(ز) **تصحيح الاختبار**: للاختبار مفتاح تصحيح به ثقوب تمثل الإجابة الصحيحة للوحدات الأربع والشعرين والدرجة تمثل عدد الثقوب المسودة التي تظهر من الثقوب وبعد أن يجري الباحث شطباً للاستجابات المسودة في أكثر من خانة.

(ح) **الوظائف التي يقيسها الاختبار**: يقيس الاختبار الفهم الميكانيكي والمبادىء الطبيعية في المواقف المألوفة كما يقيس القدرة على التجربة وإدراك العلاقات المكانية. ويكتسب الفهم المقاس بهذا الاختبار من الخبرة المباشرة بالمواقف الميكانيكية المتعددة لكن هذه الخبرة ليست ضرورية للغاية خصوصاً كلما تدرج الاختبار في الصعوبة أي في المشكلات الميكانيكية المعقدة التي تقنن أساساً مع الاستدلال والتصور البصري. ويمكن أن تعتبر القدرة التي يقيسها هذا الاختبار صورة من صور الاستعداد أو الذكاء الميكانيكي.

(ط) **الثبات**: أجريت على الاختبار عدة تجارب لقياس الثبات بمصحلة الكفاية وكان ثبات الاختبار مرتفعاً باستخدام عدة طرق وصلت إلى ٦١(*).

(ى) **الصدق**: يتشبع الاختبار بالعامل العام تشبعاً مرتفعاً يصل إلى ٠,٥٣ مما يشير إلى ارتفاع الصدق العاملي للاختبار.

وتعتبر النتائج السابقة عن الثبات والصدق الذي أجرى على الاختبار خاصة أن لهما دلالة إحصائية من العوامل التي شجعتنا على استخدامه.

(*) المرجع السابق.

٢ ـ التجميع الميكانيكي

(أ) **أصل الاختبار**: مقتبس من أصل ألماني والاختبار الذي استخدم في هذه الدراسة بشركة الحديد والصلب وقد تم للشركة تصنيعه لدى أحد الموردين (أسعد كامل) بعد أن قام أحد رسامي الشركة برسم الجهاز من مصلحة الكفاية.

(ب) **وحدات الاختبار**: الاختبار عبارة عن ماكينة صغيرة تتكون من مجموعة من التروس ويد لتحريكها، وتنتهي هذه التروس بدقائق (يدق على قاعدة متصلة برافعة من النوع الأول) نوتصل مجموعة وحداته إلى ١٣ قطعة كل جزء منها متميز عن الآخر تماماً وللجهاز قاعدة مثبتة على صندوق خشبي له غطاء محكم.

(جـ) **التعليمات**: يضع الباحث الصندوق الخشبي على الغطاء المثبت عليه الماكينة والتعليمات الموجهة للمفحوص «خلي بالك كويس أنا حاوريلك دلوقتي ماكينة متركبة لمدة دقيقة واحدة، بص كويس لكل حتة فيها متركبة فين علشان بعد الدقيقة حاديها لك مفكوكة وأطلب منك تركبها زي ما شفتها بالضبط» وبعد انتهاء الوقت يضع الفاحص الصندوق على الغطاء ويرفع للمفحوص غطاء الجهاز المجاور على نفس الترابيزة ليقوم بتركيبه.

(د) **زمن الاختبار**: ٣ ثلاث دقائق.

(هـ) **طريقة تطبيق الاختبار**: يطبق الاختبار فردياً.

(و) **تصحيح الاختبار**: الدرجة هي عدد القطع التي ركبت تركيباً صحيحاً والدرجة الكلية كل مجموع عدد القطع البالغ ١٣.

(ز) **الوظائف التي يقيسها الاختبار**: يقيس الاختبار القدرة الميكانيكية خصوصاً القدرة على إدراك العلاقات الميكانيكية والتصور المكاني كما أن الاختبار يقيس القدرة على التذكر أيضاً. وفكرة الاختبار الأصلية مقتبسة من

دراسات «ستنكويست» Stenquiest للذكاء الميكانيكي والتي طورتها جامعة مينسوتا بعد ذلك وتقوم هذه الفكرة على اعتبار أن جوهر الأعمال الميكانيكية هو القدرة على تجميع الأشياء والمجسمات، واكتشاف ما بينها من علاقات ومتعلقات.

(ح) **الثبات**: معامل ثباته عن طريق الإعادة ٠,٤٩ ويرجع انخفاضه لعاملي الذاكرة والتدريب حسب ما أشارت لذلك بحوث الكفاية الإنتاجية.

(ط) **الصدق**: أشارت بحوث الكفاية الإنتاجية إلى أن معامل الارتباط بين نتيجة الاختبارات العملية وهذا الاختبار واحد منها بنيه وبين المواد العملية بمركز التدريب وصلت إلى ٠,٤٠ وهو ارتباط عال ودال.

٣ ـ أوكونر لمهارة الأصابع (وضع)(*)

(أ) **أصل الاختبار**: مقتبس من بطارية G.A.T.B. والاختبار الذي استخدم في الدراسة بشركة الحديد والصلب والذي قامت الشركة بتصنيع الاختبار في ورشها بعد نقل أبعاده من مصلحة الكفاية الإنتاجية.

(ب) **وحدات الاختبار**: الجهاز عبارة عن لوحة خشبية ١٧ × ١٧ سم وبها ١٠٠ ثقب اسطواني عشر صفوف × ١٠ أعمدة يركب بها ١٠٠ عصا خشبية على شكل اسطوانات طول كل منها ٤ سم وقطرها ٦ مم وهو نفس قطر الثقوب.

(جـ) **التعليمات**: يقول الفاحص للمفحوص «إمسك اللوحة بإيدك الشمال أو اليمين (إذا كان يعمل بالشمال) علشان ما تتحركش وخد بثلاث أصابع ثلاث عصى في كل مرة وركبهم بأسرع ما يمكنك في الثقوب اللي في اللوحة دي وحا أشوف من خلال دقيقة تقدر تركب كام عصايا يا اللا ابتدي».

(*) محمود أبو النيل ـ القدرات الحركية.

(د) **التدريب على الاختبار**: يسمح للمحفوص بأن يقوم بتركيب بعض العصى لمدة عشرون ثانية لتدريب أصابعه على الاختبار ولعزل عامل التدريب.

(هـ) **زمن الاختبار**: ٦٠ ثانية.

(و) **تطبيق الاختبار**: يطبق الاختبار فردياً.

(ز) **تصحيح الاختبار**: الدرجة هي عدد العصى التي ركبت خلال الزمن المحدد.

(ح) **الوظائف التي يقيسها الاختبار**: يقيس الاختبار القدرة على تحريك الأصابع وتناول الأشياء الدقيقة بها بسرعة ودقة وهي تتضمن وضع الأشياء الدقيقة في أماكنها ونزعها منها.

(ط) **ثبات الاختبار**: ٠,٨٨ في دراسة الكفايه الإنتاجية وفي دراسة سابقة للباحث على القدرات الحركية لعمال الدلفنة وصل إلى ٠,٥٣٨.

٤ - أوكونر لمهارة الأصابع (نزع)

ففي الجهاز السابق (أوكونر لمهارة الأصابع وضع) والاختلاف في التعليمات حيث يطلب من المفحوص أن يقوم بنزع العصي بعد تركيبها والزمن المحدد عشرون ثانية وتحسب الدرجة حيث تساوي عدد العصى التي تم نزعها في الزمن السابق:

(أ) **ثبات الاختبار**: عن طريق الإعادة ٠,٨٨ وذلك على تلاميذ تدريب الكفاية الإنتاجية وفي دراسة للباحث عن القدرات الحركية كان معامل ثبات الاختبار على عمال مهن الدرفلة ٠,٤٣٩ وذلك عن طريق الإعادة.

(ب) **الصدق**: انظر التجميع الميكانيكي حيث هذا الاختبار أحد الاختبارات العملية ببطارية المعادن.

٥ ـ سرعة إدراك الصور

(أ) أصل الاختبار: مقتبس من بطارية الـ .G.A.T.B.

(ب) وحدات الاختبار: يتكون الاختبار من ٤٩ مربعاً بكل منها أداة الأدوات المستخدمة في المجال الميكانيكي بها أجزاء مظللة وأجزاء غير مظللة وعلى يمين كل مربع مستطيل به أربعة صور لنفس الأداة لكنها كختلفة في طريقة تظليلها إلا صورة واحدة فهي تتساوى في طريق التظليل مع نفس الصورة التي بالمربع.

(جـ) التعليمات: يقول الفاحص للمفحوص بعد توزيع كتيب الاختبار عليهم «هذا الاختبار يبين قدرتك على سرعة مقارنة الأشكال» وذلك في نفس الوقت التي يتابع فيه المفحوصون القراءة من الكتيب لهذه التعليمات والتي تتضح من البند التالي.

(د) التدريب: «المربع على اليسار يوجد به شكل «شاكوس» مظلل بطريقة معينة وفي المستطيل الذي على اليمين أربعة صور لنفس الشكل ولكنها مختلفة في طريقة تظليلها إلا شكل (٢) يتفق في طريقة التظليل وقد وضعت علامة عند الخانة (٢) في كراسة الإجابة» (وهناك مثال (٢) يتم بنفس الصورة السابقة مع المفحوصين.

(هـ) عرض الاختبار: ٥ دقائق.

(و) طريقة تطبيق الاختبار: بنفس طريقة اختبار الاستدلال الميكانيكي.

(ز) تصحيح الاختبار: للاختبار مفتاح تصحيح والدرجة تمثل عدد الثقوب المسودة بعد شطب الإجابة على أكثر من اختبار والدرجة القصوى للاختبار ٤٩.

(ح) الوظائف التي يقيسها الاختبار: سرعة مقارنة الأشكال وإدراك

التغير في الشكل وتحديد الشكل يتفق في طريقة التظليل مع الشكل الذي في المربع.

(ط) **الثبات**: وصل ثبات الاختبار في دراسة محلية ٠,٨١ (*).

(ى) **الصدق**: الاختبار مشبع بعامل سرعة الإدراك إذ يصل تشبعه إلى ٠,٤٠٣ (**).

٦ - الفهم

(أ) **أصل الاختبار**: الفرعية للمقياس اللفظي باختبار وكسلر بلفيو للذكاء.

(ب) **وحدات الاختبار**: عشرة أسئلة تتضمن مواقف واجهها أو قد يواجهها الإنسان في الشارع أو المسرح أو مع الناس أو السلطة.

(جـ) **التعليمات**: المطلوب في كل وحدة من وحدات الاختبار العشرة على شكل سؤال متضمن بها.

(د) **تطبيق الاختبار**: فردى.

(هـ) **تصحيح الاختبار**: يعطي كل سؤال درجة صفر أو (١) و (٢) (٣) حسب درجة التعميم أو نوع الإجابة وللادرجة الكلية مجموع التقديرات للأسئلة العشرة والنهاية العظمى ٢٠ درجة.

(ز) **الزمن**: ليس له زمن محدد.

(ح) **الثبات**: في دراسة محلية وصل ثباته على عمال صناعيين عن طريق الإعادة ٧٢٢, وعن طريق التقسيم ٠,٤٥١.

(ط) **الصدق**: ميز الاختبار في نفس الدراسة السابقة بين الأسوياء ومستهدفي الكوارث عند مستوى ٠,٠٥، كما أن علاقة الاختبار بالمقياس اللفظي تصل إلى ٠,٨١ وبالمقياس الكلي تصل إلى ٠,٦٦ (***).

(*) محمود عبد القادر - القدرات الميكانيكية.

(**) فرج طه - سيكولوجية الإصابات.

(***) لويس كامل - عماد الدين إسماعيل - مقياس وكسلر.

«ثبات الاختبارات»

رغماً مما أشارت إليه البحوث التي أجريت في البيئة المحلية من أن مجموعة الاختبارات السابقة تتسم بثبات وصدق دال، وسواء كانت هذه البحوث تقوم بها هيئات أو أفراد، إلا أن نتائجها جميعاً كانت متفقة مع بعضها، ورغماً من ذلك فقد قمنا بحسبا ثبات الاختبارات السابقة وذلك لنوعية العينة في البحث. ويوضح الجدول (٢٧) معامل ثبات الاختبار كما تبين معامل الارتباط قبل وبعد التعديل باستخدام معادلة سبيرمان براون في حالة التقسيم النصفي.

رقم	الاختبار	طريقة حساب الثبات	ن	الارتباط	معامل الثبات
١	الاستدلال الميكانيكى	الثبات النصفى	١٧	٦٦١ر.	٨٠٠ر.
٢	مهارة أصابع (وضع)	إعادة الاختبار	١٥	٤٠٠ر.	٤٠٠ر.
٣	مهارة أصابع (نزع)	» »	١٥	٤٩٥ر.	٤٩٥ر.
٤	التجميع الميكانيكى	» »	١٥	٦٢٢ر.	٦٢٢ر.
٥	سرعة الإدراك	الثبات النصفى	١٧	٩٢٩ر.	٩٦٠ر.

(جـدول(٢٧) ثبات اختبارات القدرات)

أما بالنسبة لاختبار الفهم فقد اكتفينا بما أجريت على الاختبار من العديد من المعالجات الإحصائية الخاصة من الثبات والصدق والذي سبق الإشارة إليهما. كما أنه قد يرجع عدم ثبات اختبار مهارة الأصابع وضع وانخفاض ثبات مهارة الأصابع نزع قد يرجع إلى الأساس النفسي للمرضى، وما يؤدي إليه من اضطراب وتذبذب في أداء المفحوصين خلال الفترات الزمنية المختلفة وإبقاء الاختبار وعدم حذفه يرجع أولاً: إلى أنه في تحليل العمل وجد أن مهارة الأصابع هامة لهذه المهن.

ثانياً: أن الثبات المنخفض يعني في التجربة الاستطلاعية إعادة النظر في طول الاختبار وهذا الاختبار لا يمكن تعديله وإن كان ممكناً النظر في زمنه وهذا يحتاج إلى إعداد خاص.

صدق الاختبارات: استخدمت طريقة المجموعات المتضادة في حساب صدق هذه الاختبارات (هذا إلى جانب معرفتنا من خلال ما أجري عليها من دراسات عالمية خاصة بالصدق أثبتت صلاحيتها) وذلك لنوعية العينة، وذلك عن طريق معرفة قدرة هذه الاختبارات على التمييز بين الأسوياء والمرضى السيكوسوماتيين من العمال.

ويوضح الجدول (٢٨) الاختبارات المميزة وغير المميزة :

رقم	الاختبار	ت	الدلالة	رقم	الاختبار	ت	الدلالة
١	استدلال ميكانيكي	١٫٥٤	لا دلالة له	٤	تجميع ميكانيكي	٢٫١٧	له دلالة
٢	مهارة أصابع وضع	١٫٥٥	» »	٥	الفهم	٣٫٢٥	» »
٣	مهارة أصابع نزع	٠٫٩٣	» »	٦	سرعة الإدراك	٢٫٣٨	» »

(جـــدول ٢٨ صدق اختبارات القدرات)

ويتضح من الجدول السابق أن الاختبارات ٤، ٥، ٦ اختبارات صالحة لأن هناك دلالة في الفرق بين المجموعتين فيها.

العامل الثاني: الروح المعنوية

تم اختيار مقياس الروح المعنوية الذي استخدم في بحث «قياس وتشخيص الروح المعنوية لدى العمال الصناعيين» بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية لأنه أجريت عليه تقنينات تتناسب وفهم العمال له، فألفاظه مصاغة بصورة عامية. ونظراً لأننا نقيس في هذه الدراسة أكثر من عامل متعلق بالتوافق المهني فآثرنا منذ البداية أن لا تكون الوسائل المستخدمة لقياس تلك العوامل من الطول في عدد أسئلتها أو وحداتها بحيث تقصر بنا عن الوصول للهدف المقصود، فتم أخذ المتغيران اللذان حصلا على أكبر تشبع في كل عامل متعامد في هذا البحث وبين الجدول (٢٩) العوامل المتعامدة وأمام كل منها أكبر متغيرين في تشبعاتهما.

رقم	العامل المتعامد	المتغير الأول	التشبع	المتغير الثانى	التشبع
١	الأول	الآمنة فى العمل	٦٧	أعراض الروح المعنوية	٥٧
٢	الثانى	علاقة العمال بالمشرف	٥٧	قدرة الإشراف على تنظيم العمل	٥٤
٣	الثالث	كفاءة الإدارة	٦٥	مزايا العاملين	٦٢
٤	الرابع	التوحد مع الشركة	٧٩	أعراض الروح المعنوية	٦٩
٥	الخامس	الود والتعاون بين العاملين	٤٧	المكانة والتقدير	٣٥

(جدول (٢٩) متغيرات العوامل المتعامدة وتشبعاتها)

(ببحث تشخيص الروح المعنوية فى الصناعة)

وبذلك أصبح عدد متغيرات المقياس الذي استخدم في هذه الدراسة تسع متغيرات ممكن أن نطلق عليها مقياس مختصر لقياس الروح المعنوية ومما يدعم ذلك أننا إذا نظرنا لمصفوفة الارتباط الأولى في هذا البحث، نجد المتغيرات الثلاثة التي لم يتم اختيارها ترتبط ارتباطاً مرتفعاً ببعض المتغيرات التي اختيرت، فمتغير الثقة في الإدارة وهو أحد المتغيرات الثلاث التي لم يتم اختيارها يرتبط ارتباطاً دالاً ومرتفعاً بمتغير كفاءة الإدارة فيصل الارتباط إلى ٠,٧٢. كما أن متغير سلامة الاتصال ويسره وهو المتغير الثاني الذي لم يتم اختياره يرتبط أيضاً ارتباطاً دالاً ومرتفعاً بمتغير الأمنة في العمل فيصل الارتباط إلى ٠,٦٤.

كما أن المتغير الأخير من هذه المتغيرات الثلاثة وهو الأجر وفرص الترقي يرتبط بكفاءة الإدارة ٠,٤٥. وإن كان هذا الارتباط منخفضاً بعض الشيء إلا أنه يعتبر أعلى ثاني ارتباط بين الأجر والمتغيرات الأخرى.

وقد ترتب على اختيار هذه المتغيرات عزل أسئلة المتغيرات الثلاث التي لن تستخدم في المقياس وهي متغيرات:

١ ـ سلامة الاتصال ويسره.

٢ ـ الأجر وفرص الترفي.

٣ ـ الثقة في الإدارة.

كما ترتب على ذلك عزل أسئلة الصدق الخاصة بهذه المتغيرات الثلاث.

ويوضح الجدول (٣٠) رقم أسئلة الصدق ورقم العبارات المقابلة لها في المتغيرات المختلفة للبحث ورقم المتغير المقابل لها.

ويهدف هذا الجدول إلى معرفة الأسئلة التي تقع في المتغيرات المحذوفة وفي نفس الوقت تقع في عبارات الصدق فكانت كما في الجدول العبارتان الآتيتان:

رقم	رقم أسئلة الصدق	رقم العبارة المقابل لها	رقم المتغير المقابل	المتغير
١	٢٣	٠٣	٠٢	الأجر وفرص الترقى
٢	٢٤	٠٤	٠٤	الود والتعاون بين العاملين
٣	٣٠	١٠	٠٣	مزايا العاملين
٤	٣٨	١٩	١٢	أعراض الروح المعنوية
٥	٤٩	٦٩	الصدق	
٦	٥٩	٣٧	١٢	أعراض الروح المعنوية
٧	٦٧	٤٧	١٠	الآمنة فى العمل
٨	٦٩	٤٩	الصدق	
٩	٧٩	٥٨	٠٦	الثقة فى الإدارة

(جـدول ٣٠ برقم أسئلة الصدق ورقم العبارات المقابلة لها)

العبارة ٢٣ يقابها العبارة رقم ٣ وتتبع متغير الأجر وفرص الترقي.
العبارة ٧٩ يقابها العبارة رقم ٥٨ وتتبع متغير الثقة في الإدارة.

«وصف الصورة النهائية للاختبار»

(أ) وحدات الاختبار: يتضمن الاختبار ٦٢ عبارة تشمل الجوانب المختلفة للمتغيرات التسع السابقة بينهما وكان في الصورة الأصلية ٨٤ سؤالاً.

ويوضح الجدول (٣١) المتغيرات التسع وأرقام العبارات الخاصة بكل متغير:

رقم	المتغير	أرقام الأسئلة	رقم	المتغير	أرقام الأسئلة	المجموع
١	قدرة الإشراف	٢ـ٥ـ٣٠ـ٣٣ـ٤٠ـ٤٧	٦	المكانة والتقدير	٩ـ٢٦ـ٣٧ـ٤٥	١٠
٢	مزايا العاملين	٨ـ٥٢ـ٥٥ـ٦٠ـ٦١	٧	الأمنة فى العمل	٦ـ١٩ـ٢٠ـ٢٢ـ٢٧ـ٣٥ـ٣٨	١٢
٣	الود والتعاون	٣ـ١٢ـ٣١ـ٣٤ـ٣٩ـ٤٩	٨	التوحد مع	١٥ـ١٧ـ٢١ـ٤٦ـ٥١ـ٥٣ـ٥٦	١٣
٤	علاقة العمال بالمشرف	٤ـ١٠ـ١١	٩	أعراض الروح المعنوية	١٤ـ١٦ـ٢٥ـ٢٨ـ٤٣ـ٥٨	٩
٥	كفاءة الإدارة	١ـ٧ـ١٣ـ٤١ـ٥٧ـ٥٩	١٠	أسئلة الصدق	١٨ـ٢٣ـ٢٩ـ٣٦ـ٤٢ـ٤٨ـ٥٠	١٣
						٥٧

(جـــدول (٣١) متغيرات المقياس المستخدم فى الروح المعنوية وأرقام أسئلة كل متغير)

وكما يظهر لنا تبلغ أسئلة المتغيرات ٥٧ سؤالاً وأسئلة الصدق سبعة أسئلة وهناك سؤال أخير عن مقترحات العامل عن تحسين العمل. كما تضمن المقياس خمسة أسئلة تمهيدية.

(ب) **أسئلة الصدق**: وضع في الاختبار أسئلة صدق لمعرفة مدى ثبات العامل في إعطاء استجابات ولم يكن من بين أفرد العينة سواء الضابطة أو التجريبية من وجد في استجاباته تناقض وكان يعزل الفرد الذي يتناقض في ثلاث استجابات من استجاباته.

(جـ) **التعليمات**: «أنا باعمل بحث علمي وباسأل العمال عن أحوالهم وأحوال شركتهم وعايزك تتعاون معايا وتساعدني في الإجابة على الأسئلة دي».

(د) **زمن الاختبار**: ليس للاختبار زمن محدد لكن استغرق تطبيقه على الحالة وقتاً تراوح بين ٣٠ ـ ٣٥ دقيقة.

(هـ) **طريقة التطبيق**: طبق الاختبار فردياً على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.

(و) تصحيح الاختبار: أعطيت استجابة نعم درجة واحدة واستجابة لا صفر واستجابة؟ نصف درجة. وكانت هناك أسئلة لها تصحيح خاص كسؤال الثاني فيأخذ الشخص درجة إذا استجاب على خمس من أحوال العمل بأنها كويسة وعلى ثلاثة بأنها غير مناسبة ويأخذ نصف درجة إذا استجاب على خمس من أحوال العمل بأنها مناسبة والأربعة بأنها غير مناسبة أما إذا استجاب على خمس من أحوال العمل بأنها غير مناسبة وعلى ثلارث بأنها مناسبة بأخذ صفر. كذلبك السؤال (١٤) إذا أجاب عليه بلا يأخذ درجة أما إذا أجاب بنعم ثم أجاب بلا على الجزء الثاني من السؤال يؤخذ نصف درجة ويؤخذ صفر إذا أجاب بنعم على جزئي الاختبار.

(ز) **ثبات الاختبار**: في دراسة المركز القومي وصل الثبات عن طريق الإعادة إلى ٠,٨٩ وعن طريق التقسيم النصفي بعد التعديل بمعادلة سبرمان

براون ٠,٩٥ (الارتباط بين النصفين ٠,٩١) وذلك باستخدام الصورة الأصلية.

(ح) صدق الاختبار: أجرى الصدق العاملي على الصورة الأصلية للاختبار فوجد أنه مشبع بالعامل العام وهو الورح المعنوية كما أنه أجريت دراسات ميز فيها الاختبار بين المجموعات المتماسكة والمفككة وبين الأقسام المنتجة وغير المنتجة.

«ثبات الاختبار في هذه الدراسة»

أجرى الثبات النصفي بين العبارت الفردية والزوجية على ١٧ سبعة عشر مريضاً فكان معامل الارتباط بين النصفين ٠,٩٣٤ وصحح باستخدام معادلة سبيرمان ـ براون للحصول على معامل الثبات فوصل إلى ٠,٩٦٠.

«صدق الاختبار»

بعد تطبيق الاختبار على ١٥ مريضاً طبق على ١٥ من الأسوياء المطابقين للمرضى في شتى المتغيرات ويوضح الجدول (٣٢) المتوسط والانحراف المعياري للمجموعتين وحساب الفرق باستخدام الدرجة «ت».

رقم	المجموعة	م	ع	ت	الدلالة
١	التجريبية	٣٦	١٢,٧	٤,٥	له دلالة عند مستوى ٠,٠١ ، ٠,٠٥
٢	الضابطة	٤٩,٨٣	٨		

(جــدول ٣٢ صدق مقياس الروح المعنوية)

ويبين هذا الفرق الدال قدرة الاختبار وصدقه في التمييز بين المرضى والأسوياء.

«العامل الثالث: الجوانب الانفعالية»

استخدمت قائمة كورنل Cornell Index لمعرفة النواحي العصبية والسيكوسوماتية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما استخدم في نفس الوقت لتحديد الحالات التي تدخل تحت نطاق هذه المجموعة بناء على الأساس السابق، وعزل الأفراد الذين لا يقعون في إطارها بحصولها على درجات أدنى من المعدل المحدد. كما استخدم لعزل حالات المجموعة الضابطة التي تحصل على معدل أعلى. ويتفق غرضنا من استخدام هذا الاختبار مع الغرض الذي وضع هذا المقياس من أجله وهو كما وصفه مؤلفو الاختبار:

The CI. was assembled as a serious of questions referring to neurropsychiatric psychosomatic symptoms, which would serve as Standardised psychiatric history, and which, in addition, would stastistically differentiate persons with serious personal and psychosomatic disturbances, from the rest of the population (Arthur weider, Harold G. Wolff, Keeve Bordman, Belta.

وإلى جانب ذلك فإن أهم قيمة للاختبار قد أوضحتها الأبحاث الثلاثة الآتية وكلها في المجال المهني والصناعي وقد ذكرها مؤلفو الاختبار في قائمة مراجع كراسة تعليمات الاختبار.

وقد تركزت هذه القيمة المستخلصة من هذه الأبحاث في أن الطبيب في الأقسام الطبية يمكنه استخدام الاختبار لتحديد أي الموظفين يحتاج لإرشاد وتوعية نتيجة لاضطرابه انفعالياً، أو انخفاض روح المعنوية المرتبطة بسوء التوافق كما أنها ممكن أن تستخدم في اختبار العمال المناسبيت (كراسة التعليمات السابقة ص ٥).

وتكمن القيمة الأخيرة لهذا الاختبار فيما ذكره مؤلفوه أيضاً من أنه باستخدام الاختبار يتوفر الحصول على بيانات مقننة عن توافق الشخصية يمكن إخضاعها وتناولها بالتحليل الإحصائي (ص ٥ كراسة التعليمات). والدليل على القيمة التي تكمن في هذا الاختبار نجده في البحوث المستمرة التي تنشر له تباعاً وتؤكد قيمته كبحوث برودمان وادمان وولف واردمان في أعوام ١٩٥٦، ١٩٥٩ Brodman, Brdman & Wolff, 1956, Erdmann, 1959, والتي جاءت بعد البحوث السابقة بمدة من ١٠ ـ ١٣ عاماً (١٩٤٥، ١٩٤٦) حيث أكدوا في هذه البحوث قيمة الاختبار في التشخيص الإكلينيكي، كذلك فإن الأبحاث التي أجريت بعد ذلك بحوالي عشر سنوات أيضاً على يد A bramson, Terespolsky BrooK, Kask, 1965, أكدت قيمة القائمة كمقياس للكشف عن الأعراض الجسمية والانفعالية، وفي بحث لابرامسون عام ١٩٦٦ Abramson أكد صدق المقياس باستخدام تقديرات الإكلينيكيين لكنها كانت أقل فائدة في المقارنة بين الصفحة صلنفسية لدى أبناء الثقافات المختلفة.

وفي دراسة لأرثر وجندرسون وريتشاردسون Arthur, Gunderson, Richardson عام ١٩٦٦ على جنود البحرية وجدوا أن الدرجة ١٥ على الاختبار قد ميزت بين المرضى السيكاتريين الذين داخل المستشفى وبين الأسوياء.

كما قام جندرسون وآرثر عام ١٩٦٩ بتنمية مقياس مختصر للمقياس الأصلي (٩٥ سؤال) ليسهل استخدامه في التشخيص الإكلينيكي على المتقدمين للبحرية، فطبقوا المقياس على ٦٣٠ مريضاً سيكاتريا بالمستشفى وعلى ٤٥٤ من الأسوياء وتساوت المحموعتان في العمر والدرجة العسكرية ثم أجروا دراسات على الوحدات المميزة بإجراء الارتباطات بينها وبين أحكام السيكاتريين المتعلقة بالمواءمة للقيام بالخدمة العسكرية (٨٠: ١٠٠ ـ ١٠٤).

(١) **أصل الاختبار**: مقتبس ومعرب من الأصل السابق الإشارة إليه وهو الصورة: N2.

ويوضح الجدول (٣٣) المقاييس الفرعية وأرقام الأسئلة بها.

(٢) **وحدات الاختبار**: يتكون الاختبار من ١٠١ عبارة تقيس عشر عوامل انفعالية ويوضح الجدول الآتي كل عامل من هذه العوامل ورقم وعدد العبارات التي يقيسها كل عامل:

وقد اختار مؤلفو الاختبار وحداته من الصورة N للقائمة على أسئلة تحليل الوحدات وتحديد النسب الفاصلة والقيم الصادقة. وتقع الأسئلة في مجموعتين: تلك التي تميز تمييزاً فاصلاً وحاداً بين الأشخاص الذين لديهم اضطرابات خطيرة في الشخصية والأشخاص الذين لا توجد لديهم هذه الاضطرابات، وتلك الخاصة بالأعراض الجسمية الهامة. وكان عدد العبارات في الصورة الأولى .N ٦٤ عبارة أضيفت إليها ٣٦ عبارة أجرى عليها نفس التقنينات التي أجريت على العبارات الأصلية وذلك لكي يتلاءم مع الاستخدام في قوات الجيش كما أضيفت إليه عبارة واحدة تمهيدية، وفي نهاية الحرب عدلت العبارات لتتلاءم في استخدامها مع المدنيين.

(٣) **التعليمات**: كانت التعليمات التي توجه للمفحوصين هي: أنا باعمل بحث علمي علشان أعرف أحوال العمال وعاوزك تساعدني في الإجابة على الأسئلة دي خللي بالك إن الأسئلة دي ما فيهاش صح أو غلط والسؤال اللي ينطبق عليك جاوب عليه بنعم واللي ما ينطبقش جاوب عليه بلا.

(٤) **زمن الاختبار**: ليس للاهتبار زمن محدد لكن استغرق تطبيقه في هذه الدراسة نصف ساعة على كل حالة.

(٥) **طريقة تطبيق الاختبار**: طبق الاختبار فردياً على كل حالة.

(٦) **تصحيح الاختبار**: للاختبار مفتاح تصحيح واحتسب كل عبارة

أجاب عنها المفحوص بنعم بدرجة ووضعت درجات الفرد على المقاييس العشر الفرعية وعلى الاختبار الكلي.

(٧) الوظائف التي يقيسها الاختبار: سبق توضيحها في المقدمة.

رقم	الاختبـــار	عدد العبارات	أرقام العبارات
١	الخوف وعدم الكفاية	١٨	٢ – ١٩
٢	العصبية والقلق	٧	٢٠ – ٢٦
٣	الاكتئاب	٧	٢٧ – ٣٣
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	٥	٣٤ – ٣٨
٥	الفزع	٨	٣٩ – ٤٦
٦	الأعراض السيكوسوماتية	١٥	٤٧ – ٦١
٧	الخوف على الصحة	٧	٦٢ – ٦٨
٨	أعراض الجهاز المعدى معوى	١١	٦٩ – ٧٩
٩	الحساسية والشك	٨	٨٠ – ٨٧
١٠	السيكوباتية	١٤	٨٨ – ١٠١
	السؤال التمهيدى	١	١
	مجموع العبارات	١٠١	

جـدول (٣٣) يبين عدد عبارات المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

تجربة الفهم اللفظي للاختبار

أجرى الباحث هذه التجربة بهدف التأكد من مناسبة عبارات المقياس للعمال الصناعيين، والذين تختلف مستوياتهم التعليمية بين أمي وحاصل على مؤهل ويعرف القراءة والكتابة فقط، وفي تلك الفئة الأخيرة يتركز غالبيتهم وهذا ما حدا بنا من صياغة عبارات المقياس باللغة العامية لكي يستطيع العمال تفهمها ومعرفة المقصود منها.

وقبل تعديل الاختبار على هذا النحو استشرنا الكثير من الإخصائيين الذين لهم احتكاك بالعمال، وكذلك المشرفين عليهم هذا إلى جانب خبرتنا في المجال الصناعي ومعرفتنا بالعمال من خلال العمل السابق في مجال الاختبار والتوجيه المهني والتدريب الصناعي، حيث عرضنا عليهم عبارات المقياس ومدى مناسبتها لمستوى فهم العمال، وأجرينا من التعديل في الألفاظ بما يتناسب مع فهم العمال لهذه العبارات وفي نفس الوقت الاحتفاظ بالمقصود من العبارة.

وقد اعتبرنا أن هذا إجراء أولى يساعدنا في التعرف على الألفاظ الشائعة بين العمال، والتي تكون قريبه من تفكيرهم وفهمهم وبيئتهم ولكي لا ننفرد في نفس الوقت بوضع هذه الألفاظ فتأتي نتيجة التجربة غير متفقة مع المنهج العلمي السليم ودراسة مقارنة بين التغيرات التي أحدثت في ألفاظ المقياس ليخرج بالصورة بالعامية وبين ألفاظ الترجمة المحلية للمقياس(*).

دراسة مقارنة بين ألفاظ العامية وبين الترجمة الفصحى لها في الترجمة المحلية للمقياس:

يوضح الجدول (٣٤) الألفاظ التي ترجمت واتفق على مقابلها العامي مع الإخصائيين واللفظ في الترجمة المحلية للمقياس، وأصل اللفظ في الإنجليزية.

(*) للمقياس ترجمتان بالفصحى تكاد تتفقان معاً أحدهما للدكتور عماد الدين إسماعيل ودكتور سيد مرسي والأخرى للدكتور / عماد الدين سلطان ودكتور جابر عبد الحميد.

رقم العبارة	الكلمة بالعامية	الكلمة فى الترجمة	الأصلى
٢	مغمى عليك	بالضعف	Faint
٣	أدوار	نوبات	Spells
٧	منرفز	عصبيا	Nervous
٧	مهزوز	ترتعد فرائصك	Shaky
٩	بتتلخبط وترتبك	تضطرب	Fall to pieces
١١	منرفز	باضطراب	Nervous
١٢	غلط	خاطئا	Wrong
١٣	بيتلخبط	بيضطرب	Confused
١٣	تخلص	إنجاز	have to do
١٦	على مهلك	ببطء	Slowly
٢٠	سعيد ومبسوط	السعادة والمرح	Cheerful, happy
٢٢	حزين وشقيان	التعاسة والحزن	miserable, blue
٢٣	يائس	بدون أى أمل	hopeless
٣٠	أقل حاجة	كل تافهة	every little thing
٣٧	تاخد نفسك	التنفس	breathing
٣٨	دقات	خفقان	thumping
٤٨	الجو	الطقس	weather
٤٩	تضايق	تزعجك	bothered

رقم العبارة	الكلمة بالعامية	الكلمة فى الترجمة	الأصلـى
٥٥	غصب عنك	لا إراديا	Are you
٥٨	بيعطلك	يعوقك	hard
٦٠	حالة سيئة	تعب شامل	bad condition
٦١	ماتخلكش قادر	يستحيل عليك	impossible
٦٩	نفسك للأكل	شهيتك للأكل	appetite
٧٠	غمه عليك	ميل إلى القىء	nauseau
٧٤	تعب فى المعدة	اضطرابات فى المعدة	S. trouble
٧٥	مابيشتغلوش كويس	غير منتظم فى عملها	work badly
٧٧	تعب	صعوبة	have trouble
٨٠	بيفهموك غلط	يسىء الناس فهمك	misunderstand
٨٢	يعاملوك بالحق	معاملة عادلة	treated fairly
٨٦	ممكن تتنرفز بسهولة	شديد القابلية للاستثارة	easily upset
٨٦	» » »	» » »	or irritated
٩٤	حد يقولك	ينبهك حد	anyone tell you
٩٥	تنسى أحزانك	تدفن أحزانك	drown your
١٠٠	تحترس من أصحابك	تحتاط من	guard with
١٠١	تغضب قوى	ثورات غضب	violent rage

جـدول (٣٤) يوضح الكلمة بالعامية فى مقياس كورنل

ومقابلها بالفصحى فى الترجمات العربية

ويتضح من الجدول (٣٤) أن ٢٩٪ من عبارات المقياس قد اختلفت عن الترجمة المحلية بإدخال ألفاظ شائعة متداولة تتناسب وفهم العمال بحيث اختلفت هذه العبارات عن الترجمة العربية السابقة. والتي لم يكن من السهل على العمال تفهمها لبعد ألفاظها عن الألفاظ العامية المتداولة بينهم والتي قد يترتب على استعمالها تغير في المقصود عما يقيسه الاختبار.

كذلك حاولنا في صياغتنا للعبارات أن لا تبدأ بأدوات الاستفهام مثل هل .... الخ، لأن مثل هذه الأدوات وخاصة عندما تكون في أول العبارة تخلق تباعداً بين الفاحص والمفحوص.

واستبدلنا بهذه الأدوات الفعل في العبارة فبدلاً من القول: هل حدث، قلنا: بيجيلك......، وبدلاً من هل تشعر غالباً......، قلنا: بتحس دايماً......، وبدلاً من هل تصاب بنوبات......، قلنا: بتحصلك أدوار......، وبدلاً من هل أغمى عليه......، قلنا، حصل إنه أغمى عليك......، وهكذا في جميع عبارات المقياس.

التجربة الأولية للفهم اللفظي: طبقنا المقياس على خمسة من المرضى وقمنا بوضع دائرة على العبارة التي لا يفهمها المفحوص من أول مرة ودائرتين على العبارة التي لا يفهمها المفحوص بعد ذلك يطلب منه أن يقول ما فهمه منها لكي يعاد صياغة العبارة مرة أخرى يعد ذلك وكانت نتائج هذه التجربة كما في الجدول (٣٥):

رقم العبارات / التكرار	١٣	٪	١٨	٪	١٩	٪	٢١	٪	٢٢	٪	٨١	٪	٨٨	٪	٩٥	٪
التكرار مرة واحدة	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪	١	٢٠٪
التكرار مرتان	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
التكرار ثلاث مرات	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١	٢٠٪	—	—

جدول (٣٥) التجربة الأولية للفهم اللفظى

ويتبين لنا من هذه التجربة مدى تفهم العمال للعبارات رغماً من صغر عدد الأفراد إذ يتبين لنا أن عدد العبارات التي كررت عموماً ٨ عبارات وهي تمثل ١٢,٥٪ من المجموع الكلي لعبارات المقياس كما أن العبارات التي كررت ثلاث مرات عبارة واحدة وهي تمثل ١٪ من عبارات المقياس.

التجربة النهائية للفهم اللفظي:

وقد تابعنا في إجرائنا للاختبار التأكد من هذه النتيجة بتطبيق تجربة الفهم اللفظي للعبارات على المجموعة التجريبية بأكملها.

ويوضح لنا الجدول (٣٦) نتائج هذه التجربة:

رقم مسلسل	رقم العبارة	تكرار مرة واحدة	٪	تكرار مرتين	٪	تكرار ثلاث مرات	٪
١	٥	٢	٨				
٢	٢	١	٤				
٣	١١	١	٤				
٤	١٣	٣	١٢				
٥	١٥	١	٤				
٦	١٦	١	٤				
٧	١٨	٤	١٦				
٨	١٩	٣	١٢				
٩	٢١	٣	١٢				
١٠	٢٢	٣	١٢				
١١	٢٤	٢	٨				
١٢	٢٨	١	٤				

رقم مسلسل	رقم العبارة	تكرار مرة واحدة	٪	تكرار مرتين	٪	تكرار ثلاث مرات	٪
١٣	٤٩	١	٤				
١٤	٥١	١	٤				
١٥	٥٢	١	٤				
١٦	٥٣	٢	٨				
١٧	٦٦	١	٤				
١٨	٧٣	١	٤				
١٩	٨٠	١	٤				
٢٠	٨١	٣	١٢				
٢١	٨٣	١	٤				
٢٢	٨٥	٢	٨				
٢٣	٨٦	١	٤				
٢٤	٨٧	١	٤				
٢٥	٨٨	١	٤			١	٪٤
٢٦	٨٩	١	٤				
٢٧	٩٠	١	٤				
٢٨	٩٥	٤	١٦				
٢٩	٩٩	١	٤	١	٪٤		
٣٠	١٠٠	١	٤				

(٣٦) جدول التجربة النهائية للفهم اللفظى

ويتضح لنا من الجدول (٣٦) النسبة المئوية للعدد الكلي للأسئلة التي كررت مرة واحدة والأسئلة التي كررت مرتان وثلاث مرات والنسبة المئوية للأسئلة التي لم تتكرر إطلاقاً وفهمت للمفحوصين من أول لقاء.

ويبين لنا الجدول (٣٥) (مستخلصاً من السابق) ذلك:

رقم	التكـــــرار	عدد العبارات	٪
١	الأسئلة التى كررت مرة واحدة	٣٠	٣٠٪
٢	» » » مرتان	١	١٪
٣	» » » ثلاث مرات	١	١٪
٤	» » لم تكرر	٧٠	٧٠٪

(٣٧) جدول النسبة المئوية للأسئلة التى كررت

ويتضح لنا من الجدول (٣٧) أن ٧٠٪ من العبارات فهمت من أول مرة كما أن عدد العبارات التي فهمت من بعد تكرارها مرة واحدة كانت ٣٠٪ تلك التي لا يمكن إرجاعها إلا لمشتقات الانتباه أو ضعف في السمع.

تحليل وحدات الاختبار

تهدف عملية تحليل وحدات اختبار قائمة كورنل إلى فحص الوحدات التي يتكون منها الاختبار لمعرفة الصالح وغير الصالح حتى يستبقى منها ما تثبت له قدرته على تحقيق أهدافه. وقد قمنا بتفريغ استجابات المجموعة التجريبية من المرض السيكوسوماتيين الخمسة والعشرين على كل عبارة من عبارات القائمة سواء أكانت الإجابة بنعم أو بلا. ويوضح الجدول (٣٨) عدد الأفراد الذين أجابوا على كل عبارة بنعم وعدد الأفراد الذي أجابوا عنها بلا والنسب المئوية للإجابات بنعم. ولا:

رقم السؤال	نعم	لا	% نعم	% لا
١	٢١	٤	٨٤	١٦
٢	٩	١٦	٣٦	٦٤
٣	١٣	١٢	٥٨	٤٨
٤	١٣	١٢	٥٢	٤٨
٥	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٦	١٣	١٢	٥٢	٤٨
٧	٧	١٨	٢٨	٧٢
٨	١١	١٤	٤٤	٥٦
٩	٥	٢٠	٢٠	٨٠
١٠	٥	٢٠	٢٠	٨٠
١١	١	٢٤	٤	٩٦
١٢	١	٢٧	٤	٩٦
١٣	٦	١٩	٢٤	٧٦
١٤	٨	١٧	٣٢	٦٨
١٥	٧	١٨	٢٨	٧٢
١٦	٢٥	٠	١٠٠	٠
١٧	١٥	١٠	٦٠	٤٠
١٨	٧	١٨	٢٨	٧٢
١٩	١٤	١١	٥٦	٤٤
٢٠	١٥	١٠	٦٠	٤٠
٢١	٨	١٧	٣٢	٦٨
٢٢	١٣	١٢	٥٢	٤٨
٢٣	١٠	١٥	٤٠	٦٠

رقم السؤال	نعم	لا	% نعم	% لا
٢٤	١١	١٤	٤٤	٥٦
٢٥	١٣	١٢	٥٢	٤٨
٢٦	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٢٧	٨	١٧	٣٢	٦٨
٢٨	٨	١٧	٣٢	٦٨
٢٩	١٦	٩	٦٤	٣٦
٣٠	١٦	٩	٦٤	٣٦
٣١	١٥	١٠	٦٠	٤٠
٣٢	١٧	٨	٦٨	٣٢
٣٣	٢	٢٣	٨	٩٢
٣٤	١٥	١٠	٦٠	٤٠
٣٥	١٦	٩	٦٤	٣٦
٣٦	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٣٧	٩	١٦	٣٦	٦٤
٣٨	١٤	١١	٥٦	٤٤
٣٩	١١	١٤	٤٤	٥٦
٤٠	٤	٢١	١٦	٨٢
٤١	٩	١٦	٣٦	٦٤
٤٢	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٤٣	٩	١٦	٣٦	٦٤
٤٤	٨	١٧	٣٢	٦٨
٤٥	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٤٦	٧	١٨	٢٨	٧٢

رقم السؤال	نعم	لا	% نعم	% لا
٤٧	١٤	١١	٥٦	٤٤
٤٨	١٧	٨	٦٨	٣٢
٤٩	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٥٠	١	٢٤	٤	٩٦
٥١	٦	١٩	٢٤	٧٦
٥٢	٠	٢٥	٠	١٠٠
٥٣	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٥٤	٨	١٧	٣٢	٦٨
٥٥	٣	٢٢	١٢	٨٨
٥٦	٢	٢٣	٨	٩٢
٥٧	٦	١٩	٢٤	٧٦
٥٨	٧	١٨	٢٨	٧٢
٥٩	١٤	١١	٥٦	٤٤
٦٠	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٦١	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٦٢	٢٠	٥	٨٠	٢٠
٦٣	٢٠	٥	٨٠	٢٠
٦٤	١٦	٩	٦٤	٣٦
٦٥	١٨	٧	٧٢	٢٨
٦٦	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٦٧	١٤	١١	٥٦	٤٤
٦٨	١٦	٠٩	٦٤	٣٦
٦٩	١٣	١٢	٥٢	٤٨

رقم السؤال	نعم	لا	% نعم	% لا
٧٠	١٠	١٥	٤٠	٦٠
٧١	١٥	١٠	٦٠	٤٠
٧٢	١٠٣	١٢	٥٢	٤٨
٧٣	١٧	٠٨	٦٨	٣٢
٧٤	١١	١٤	٤٤	٥٦
٧٥	٩	١٦	٣٦	٦٤
٧٦	٩	١٦	٣٦	٦٤
٧٧	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٧٨	٩	١٦	٣٦	٦٤
٧٩	٤	٢١	١٦	٨٤
٨٠	١٢	١٣	٤٨	٥٢
٨١	٧	١٨	٢٨	٧٢
٨٢	١٥	١٠	٦٠	٤٠
٨٣	٨	١٧	٣٢	٦٨
٨٤	٥	٢٠	٢٠	٨٠
٨٥	٢٠	٠٥	٨٠	٢٠
٨٦	١٤	١١	٥٦	٤٤
٨٧	٢٣	٠٢	٩٢	٠٨
٨٨	١٤	١١	٥٦	٤٤
٨٩	٠	٢٥	٠	١٠٠
٩٠	١	٢٤	٤	٩٦
٩١	٠	٢٥	٠	١٠٠
٩٢	١	٢٤	٤	٩٦

رقم السؤال	نعم	لا	٪ نعم	٪ لا
٩٣	٧	١٨	٢٨	٧٢
٩٤	١	٢٤	٤	٩٦
٩٥	٣	٢٢	١٢	٨٨
٩٦	٨	١٧	٣٢	٦٨
٩٧	٩	١٦	٣٦	٦٤
٩٨	١٣	١٢	٥٢	٤٨
٩٩	٢	٢٣	٨	٩٢
١٠٠	١٨	٠٧	٧٢	٢٨
١٠١	٨	١٧	٣٢	٦٨

(٣٨) جدول يوضح النسبة المئوية للإجابات بنعم ولا فى قائمة كورنل

ونظراً لأن هذه الخطوة كما سبق تهدف إلى التأكد من أن السؤال يؤدي إلى اختلاف في الاستجابات تبعاً لارتفاع درجة الاضطراب العصبي والسيكوسوماتي أو انخفاضها، فإن القاعدة في قبول كل سؤال أو رفضه هي أنه إذا وصلت الإجابة «بنعم»، أو «بلا» إلى تكرار أقل من ٣٠٪ يعتبر السؤال في هذه الحالة غير مميز ويحذف لأنه في هذه الحالة يجمع ٩٠٪ من أفراد العينة على استجابة واحدة ويكون السؤال غير قابل للتميز بين الأفراد ذوي الاضطرابات العصبية والسيكوسوماتية المختلفة(*).

وبناء على هذا الأساس فقد بلغت العبارات غير المميزة والتي حصلت على نسبة ءجابات بنعم أو لا أقل من ١٣٪ أربع عشر عبارة.

(*) سيد خيري ـ بحث تشخيص وقياس الروح المعنوية في الصناعة ـ المجلة الاجتماعية.

ويوضح الجدول الآتي هذه العبارات والمقياس الفرعي الذي تتبعه كل عبارة والعبارات الباقية من كل مقياس بعد حذف العبارات غير المميزة منه :

رقم السؤال	رقم المقياس	المقياس	عدد الوحدات	العبارة غير المميزة	عدد الوحدات الباقية
١١	١	خوف وعدم كفاية	١٨	انت حاسس دلوقت انك متنرفز أو دايخ ؟	١٥
١٢		» »		بتفهم الأوامر والتعليمات دائماً غلط	
١٦		» »		ضرورى انك تعمل الحاجة على مهلك علشان تتأكد انك بتعملها صح ؟	
٣٣	٣	عصبية وقلق	٧	دخلت علشان تتعالج فى يوم من الأيام بمستشفى أمراض عقلية ؟	٦
٥٠	٦	سيكوسوماتيك	١٥	هل أنت مصاب بالتهتهة ؟ (يجيب عنه الفاحص)	١٢
٥٢		»		فيه أولاد وهما بين سن ٨ـــ١٤ بيبلوا هدومهم وفرشهم غصب عنهم ياترى حصلك حاجة من دى ؟	
٥٦		»		بيحصل انك تمشى وانت نايم ؟	
٨٩	١٠	سيكوباتى	١٤	حصل انك رحت مؤسسة أحداث ؟	٨
٩٠	١٠	»		حصلك متاعب أو فقدت شغلك من ورا شرب الخمر	
٩١	١٠	سيكوباتى		ياترى قبض عليك البوليس أكثر من ثلاث مرات ؟	

رقم السؤال	رسم المقياس	المقياس	عدد الوحدات	العبارة غير المميزة	عدد الوحدات الباقية
٩٢	١٠	سيكوباتى		إنت بتتعاطى مخدرات زى الحشيش والأفيون باستمرار ؟	
٩٤	١٠	»		بتغضب لما حد يقولك على الحاجة الصح اللى مفروض تعمـــلها ؟	
٩٩	١٠	»		ياترى بتكره الجنس الثانى الستات يعنـــى ؟	

(٣٩) جدول العبارات المحذوفة بقائمة كورنل

ويتضح من الجدول (٣٩) أن العبارات الباقية من المقياس والتي تتسم بالتمييز تصبح سبعة وثمانون عبارة فإذا أضفنا إليها السؤال التمهيدي (السؤال رقم واحد) صار عددها ثمانية وثمانون عبارة أي أن نسبة العبارات غير المميزة بالنسبة للعبارات الكلية للمقياس ١٣٪ ونسبة العبارات المميزة بالنسبة للعبارات الكلية للمقياس ٨٧٪، وتشير تلك النسبة الأخيرة إلى أن معظم وحدات المقياس صالح للتمييز.

ومما يشير إلى أن العبارات الثلاث عشرة السابقة كانت غير مميزة بالفعل وليس لها علاقة بالفهم اللفظي للعبارة، أولاً: ما أكدته نتائج تجربة الفهم اللفظي، ثانياً: أن أربع عبارات فقط هي التي كررت مرة واحدة للمفحوضين وهي العبارات ١١، ١٦، ٥٢، ٨٩ وأما باقي العبارات الثلاث عشر فقد فهمت من أول مرة.

الثبات النصفي للمقاييس الفرعية

يوضح الجدول (٤٠) معامل الارتباط بين نصفي كل اختبار من الاختبارات الفرعية أي بين الدرجة على الوحدات الفردية والدرجة على الوحدات الزوجية.

كما يوضح معامل الثبات للاختبار الفرعي ككل بتصحيح الارتباط باستخدام معادلة سبيرمات براون:

رقم	المقيـــاس	معامل الارتباط	معامل الثبات
١	الخوف وعدم الكفاية	٥٤١ر٠	٧٠ر٠
٢	الاكتئاب	٦٥٢ر	٧٩ر٠
٣	العصبية والقلق	٤٣٨ر٠	٦١ر٠
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	٧١١ر٠	٨٣ر٠
٥	الفـــزع	٤٧٩ر٠	٦٥ر٠
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٦٣٣ر٠	٧٧ر٠
٧	الخوف على الصحة	١٠٠ر٠	١٨ر٠
٨	الجهاز المعدى معوى	٧٨٨ر٠	٨٨ر٠
٩	الحساسية والشك	٢٧٢ر٠	٤٣ر٠
١٠	السيكوباتية	١٨٣ر٠	٣١ر٠

(٤٠) جدول ثبات المقاييس الفرعية

ويتضح لنا من الجدول (٤٠) أن معظم معاملات الارتباط ومعاملات الثبات مرتفعة ما عدا مقاييس ثلاثة هي: الخوف على الصحة، والحساسية،

والشك والسيكوباتية، وإن كان المقياسان الأخيران يشير معامل ثباتهما ـ في ضوء اختبارات الشخصية ـ إلى أنهما مرتفعان نسبياً. . وكان الهدف الكامن وراء استخراج معاملات الثبات للمقاييس الفرعية رغماً من استخلاجه بالنسبة للمقياس ككل (الارتباط ٠,٨٦٢ ومعامل الثبات ٠,٩٢٠) هو أن هذه المعاملات ستفيد في المعالجات الإحصائية التالية، إذ أنه سيمكن النظر لتلك المعالجات في حالة اتفاقها مع ما هو مفترض أو عدم اتفاقها مع ما هو مفترض في ضوء معاملات الثبات.

ثبات الاختبار ككل

أجرى الثبات النصفي لعبارات المقياس الكلي فبلغ معامل الارتباط بين درجات الأفراد على العبارات الزوجية وبين درجاتهم على العبارات الفردي ٠,٨٦٢ ووصل معامل ثبات الاختبار بعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان ـ براون ٠,٩٢٠، وقد أجرى الثبات على استجابات ١٦ ستة عشر من المرضى.

ومما شجعنا على استخدام هذه الطريقة أن أسئلة كل مقياس فرعي من مقاييس الاختبار تلي بعضها البعض وليست متفرقة في المقياس. بحيث يكون التقسيم إلى زوجي وفردي تقسيم متساوي لعبارات المقياس ولقد حصل مؤلفو الاختبار على معامل ثبات قدره ٠,٩٥٠ على عينة من ألف من المفحوصين وتتفق هذه النتيجة مع ما وصلنا إليه.

صدق المقياس

استخرج كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لسبعة عشرة مريضاً ولسبعة عشر من الأسوياء وحسبت الدلالة الإحصائية باستخدام اختبار «ت» ويوضح الجدول (٤١) دلالة الفرق بين المجموعتين على الدرجة الكلية:

مستوى الدلالـــة	ت	الضابطة		التجريبية	
		ع	م	ع	م
له دلالة عند ۰١ر	١٤ر٣١	٦	٩ر٣٩	١١ر٥٥	٥٥ر٩

(٤١) جـــدول صدق مقياس الكورنل

ويتضح لنا من الجدول (٤١) ومن الدرجة ت أن الاختبار ذا قدرة تمييزية عالية جداً بين المرضى والأسوياء كما أنه سيتضح لنا فيما بعد في النفصل الخاص بالتجربة النهائية «الصدق العاملي» للمقياس. والاتساق الداخلي له أي ارتباط درجة كل مقياس فرعي بالدرجة الكلية للمقياس.

العامل الرابع: العلاقات الاجتماعية (السوسيو مترية)

تم اختيار الاختبار السوسيومتري الذي استخدم في بحث: تشخيص وقياس الورح المعنوي لدى العمال الصناعيين نظراً لعمليات التقنين الواسعة التي أجريت عليه، باستخدام عينات من الذكور والإناث الذين يعملون في الصناعة مما انعكس أثره في النتائج التي ظهرت في البحث وكان من أهمها وجود علاقة بين الروح المعنوية وتماسك الجماعة تلك الأخيرة التبي تبينت من خلال استخدام الاختبار.

وقد قام الباحث بعمل بعض التغيرات التي رأى أنها تتلاءم مع ظروف التجربة والعينة والمصنع على النحو الآتي:

التغيرات والإضافات التي أجريت على المقياس:

١ ـ بالنسبة للتعليمات: حذفت عبارة «في بعض الأحيان. . .»وأبقيت كلمة: ساعات لأنها تكفي بدلاً من الأولى.

٢ ـ ببالنسبة للسؤال ١١: حذفت كلمة: تتسلى ووضع بدلاً منها: تروح تزور.

٣ ـ بالنسبة للسؤال ١٢: حذفت كلمة: مباشر ووضع بدلاً منها: ملاحظ لأنها الأشيع في الشركة.

٤ ـ بالنسبة للسؤال ١٣: حذف الجزء الخاص بالإناث.

٥ ـ بالنسبة للسؤال ١٧: حذفت عبارة: رحلة فيها بيات ووضع بدلاً منها: مصايف في اسكندرية أو بلطيم حيث هما المكانان التي تقوم الشركة بتنظيم رحلات إليهما كل عام.

٦ ـ آضافة سؤال ١٨: حيث يتضمن موقف التدريب وهو من أهم المواقف التي يتضمنها بند العلاقات الخارجية وقد صيغ على هذا النحو «لو المصنع رشحك لدورة تدريبَ فني على الشغل بتاعك مين من زمايلك اللي ترتاح له لما يروح معاك».

٧ ـ إضافة سؤال ١٩: حيث يتضمن هو الآخر موقف السهر بالمصنع والعمل الإضافي بعد انتهاء مواعيد العمل الرسمية، وقد صيغ هذا السؤال على النحو الآتي:

«لو سهرتم يوم في المصنع ساعات إضافية علشان تعملوا صيانة وعمره للمكن مين من «مايلك اللي ترتاح له يسهر معاك».

«وصف الصورة النهائية للاختبار»

(١) **وحدات الاختبار**: من ١٩ سؤالا تغطي جوانب العلاقات الخارجية والعلاقات الداخلية والقيادة ويوضح الجدول (٤٢) أرقام الأسئلة وتوزيعها على هذه الجوانب الثلاث:

أسئلة العلاقات الإنسانية	علاقات داخلية	١	٢	٦	٧	١٤	١٦	١٩	المجموع
	علاقات خارجية	٣	٤	٥	١١	١٣	١٧	١٨	١٩
أسئلة القيادة	٨	٩	١٠		١٢				١٥

جدول (٤٢) أسئلة المقياس السوسيومترى موزعة على الجوانب المختلفة

كما يوضح الجدول (٤٣) الموضوعات التى يتناولها كل جانب من هذه الجوانب :

موضوعات العلاقات الإنسانية				موضوعات القيادة	
العلاقات الداخلية		العلاقات الخارجية			
١	التعب فى العمل	١	السكن		
٢	الغياب عن العمل	٢	السينما	١	انتخابات النقابة
٣	الأكل	٣	الرحلات		
٤	جمعية الفلوس	٤	المشاكل العائلية	٢	الترشيح للملاحظ
٥	مشاكل العمل	٥	الزيارات	٣	حل الخلافات بين الزملاء
٦	سلف النقود	٦	الجلوس على القهوة	٤	الاستشارة فى مشاكل العمل
٧	المرض	٧	المصايف		
٨	السهر للعمل الإضافى	٨	الترشيح للتدريب	٥	الاستشارة فى المشاكل العائلية

(٤٣) جدول يبين الجوانب التى تناولها الاختبار السوسيومترى

وقد صمم الاختبار في بادىء الأمر بحيث يتضمن جوانب القبول والرفض إلا أنه اكتفى بجانب القبول لما أحدثه وجود الرفض من كف في الاستجابات لدى بعض العمال.

ويتبين من الجدول (٤٣) أن الاختبار يغطي بقدر الإمكان شتى المواقف.

٢ - زمن الاختبار: ليس هناك زمن محدد للاختبار إلا أنه كان يستغرق ما بين ٢٥ - ٣٠ دقيقة.

٣ - طريقة التطبيق: طبق الاختبار فردياً على عشرة مرضى من المجموعة التجريبية والمجموعات الذين التي ينتمون إليهم، وعلى عشرة أسوياء من المجموعة الضابطة وطبق الاختبار أيضاً على المجموعات التي ينتمي إليها أفراد المجموعتين السابقتين والتي كانت في بعض الأحيان هي نفس مجموعة المريض والسوى وقد وصل العدد الإجمالي لمن طبق عليه هذا الاختبار بما فيهم المرضى العشرة والأسوياء العشرة ١٣٤ فرداً سيتم معرفة توزيعهم في الجدول الذي بالبند الخاص بالعينة.

٤ - الوظائف التي يقيسها الاختبار: يقيس الاختبار العلاقات السوسيومترية في المجالات الثلاث الآتية:

١ - مجال العلاقات الداخلية.

٢ - مجال العلاقات الخارجية.

٣ - مجال القيادة.

ويوضح الجدول (٤٣) الموضوعات التي يتناولها كل جانب من هذه الجوانب.

٥ - العينة التي طبق عليها: يبين الجدول (٤٤) العدد الكلي للعينة التي طبق عليها الاختبار موزعاً على الأقسام المختلفة التي يعمل بها كل من أفرادالمجموعتين التجريبية والضابطة التي طبق عليهم الاختبار.

كما يبين العدد الذي بالمجموعات التي بها مرضى فقط والعدد الذي

بالمجموعات التي بها أسوياء فقط والعدد الذي بالمجموعات التي بها مرضى وأسوياء:

رقم	القسم	مجموعات تجريبية وضابطة	مجموعات تجريبية	مجموعات ضابطة	العدد الكلى
١	ورشة الحدادة المركزية	١٤			١٤
٢	« ميكانيكا الكتل			٠٧	٠٧
٣	« البرادة المركزية			٠٤	٠٤
٤	« الميكانيكا المركزية			٠٧	٠٧
٥	« ميكانيكا الصلب		٠٤		٠٤
٦	« ميكانيكا الأفران	٠٩			٠٩
٧	« برادة الصلب			٠٧	٠٧
٨	« العربات	٠٨			٠٨
٩	« حدادة الصلب		٠٧		٠٧
١٠	« حملة العربات		١٣		١٣
١١	« خراطة الصلب		٠٨		٠٨
١٢	« سباكة الصلب	٠٤			٠٤
١٣	« كهرباء الأفران	١٤			١٤
١٤	« ميكانيكا الأفران		١٤		١٤
١٥	« ميكانيكا الدرفلة			١٤	١٤
	الإجمالى	٤٩	٤٦	٣٩	١٣٤

(٤٤)جدول يبين توزيع العينة التى طبق عليها الاختبار السوسيومترى بالورش المختلفة

٦ ـ غرض استخدام الاختبار في الدراسة: استخدم الاختبار السوسيومتري للتحقق مما نفترضه من أن المرضى السيكوسوماتيين قد يكونون في جماعة مفككة البناء الاجتماعي تكثير بها الشلل Cliques والجماعات الفرعية Subgourps، بينما الأسوياء يكونون في جماعات متماسكة البناء الاجتماعي.

كما نتوقع أن يتسم الأسوياء عن المرضى بالاختيار المتبادل أو باختيار أكثر لهم من جانب أفراد الجماعة عن المرضى والذين قد يتميز طابع العلاقات بالنسبة لهم بالنبذ.

كما نتوقع أيضاً أن يحصل المرضى على درجة اختيار أقل بمستوى دلالة إحصائية عن الأسوياء.

٧ ـ تصحيح الاختبار: صحح الاختبار تمهيداً لتفسير نتائجه على النحو الآتي: استخراج درجة مكانة الاختبار: حسبت درجة مكانة الاختيار حسب معادلة بروكتر ولوميس وهي مكانة الاختيار بالنسبة للفرد[١].

$$\text{م خ س} = \frac{\text{عدد الأفراد الذين اختاروا (س)}}{\text{ن} - ١} \times ١٠٠٠$$

وحيث ن = عدد الأفراد في المجتمع الذي طبق عليه الاختبار والذي يضم الفرد (س) ويلاحظ أن المقام يتكون من (ن ـ ١) نظراً لأن الفرد لا يمكن أن يختار أو ينبذ نفسه في موقف الاختيار السوسيومتري جـ كما تم عمل رسوم السوسيوجرام للاختبارات

---

(١) لويس كامل وآخرين ـ الدراسة العلمية للسلوك الإنساني.

«ثبات الاختبار»

تم تطبيق الاختبار على عينة من المرضى(*) بلغ عددهم عشرة وأعيد تطبيق الاختبار عليهم مرة أخرى بعد عشرة أيام واستخرجت النسبة المئوية لاتفاقهم في المرتين ويوضح الجدول (٤٥) تلك التجربة:

رقم	الاسم	التطبيق الأول			التطبيق الثانـي			العلامة
		اختيار (١)	اختيار (٢)	اختيار (٣)	اختيار (١)	اختيار (٢)	اختيار (٣)	
١	أحمد ف	عبد اللطيف م	سيد م.	خليل س.	عبد اللطيف م.	خليل س.	محمود م.	+
٢	ايليا ش	رضوان ع.	عبد النبي ح.	فوزى أ.	عيد ر.	رضوان ع.	مفيد ق.	+
٣	محمد ح	سلامة ر.	حمزة ح.	حسين ع.	سلامة ر.	حمزه ح.	ابراهيم د.	+
٤	عبدالحميد ع.	أحمد ع.	كمال م.	أحمد أ	عبد الفتاح ع.	رشدى ع.	أحمد أ.	+
٥	كمال الدين م	بدر ع.	النجار م.	عبد الفتاح أ.	أحمد ح.	محمد ح.	السيد ح.	—
٦	أبو الحجاج م	عبد الباقى ش	شحاته م	سيد م.	بدر ع.	النجار م.	عبد الفتاح أ.	—
٧	يحيى م.	ماهر ر.	الحسيني أ.	أحمد أ.	الحسيني أ.	ماهر ر.	—	+
٨	رشيد ف.	عبد العزيز ع.	عبد الواحد ع.	عبد المنعم ع	عبد العزيز ع.	عبد المنعم ع	عبد الواحد ع.	+
٩	عبد العال أ.	يوسف ع.	عز الدين ع.	فتحى م.	عز الدين ع.	سعيد ط.	عبداللطيف ع.	+
١٠	سيد ع.	عبدالعاطى س	قطب م.	—	عبدالعاطى س	قطب م	سيد أ.	+

(٤٥) جدول ثبات الاختبار السوسيومترى

ويتضح لنا من الجدول (٤٥) أن الشخصين الخامس والسادس فقط هما اللذين اختلفا في اختيار من الذين يرغبون في اشتراكهم معهم في المواقف التي يقيسها الاختبار وتمثل الاختيارات الثلاث المقابلة لكل اسم في التطبيق الأشخاص الثلاثة الذين حصلوا على التكرارات الثلاث الأولى على المواقف التسعة عشر للاختبار. وقد وضعت علامة + في مقابل

(*) رحب المرضى والعمال ووافقوا على نشر أسماءهم بالرسالة.

الشخص الذي اتفق في كلا من التطبيقين في اختيار شخص أو أكثر ووضعت العلامة ـ أمام الشخص الذي لم يتفق في كلا التطبيقين في اختبار أحد، ونمثل مدى الاتفاق على النحو الآتي حسب المعادلة الآتية:

نسبة الاتفاق = (عدد الأشخاص الذين حدث لديهم اتفاق فى التطبيقين / عدد الأشخاص جميعا) × ١٠٠

∴ نسبة الاتفاق = ٨٠٪

وقد تم استخراج معامل ثبات الاختبار وذلك بإعطاء درجة اختيار للأفراد الذين اتفق الفرد على اختيارهم في كلا التطبيقين على النحو الآتي:

اتفق الفرد (١) (أحمد ف) في اختيار كل من عبد اللطيف م وسيد م. في التطبيقين لكن لكل منهما درجة اختيار في كل من التطبيقين أيضاً فدرجة اختيار عبد اللطيف م في التطبيق الأول (٣)، ودرجة اختيار خليل س في التطبيق الأول (١) أما في التطبيق الثاني فدرجة اختيار عبد اللطيف م (٣)، ودرجة اختيار خليل س (٢). فقمنا بحساب درجة الاختيار في التطبيق الأول على النحو الآتي:

درجة الاختبار فى التطبيق الأولى = (درجة اختبار عبد اللطيف م.(٣) + درجةاختيار خليل س.(١) / ٢) = ٢

درجة الاختبار فى التطبيق الثانى = (درجة اختيار عبد اللطيف م. (٣) + درجة اختيار خليل س. (٢) / ٢) = ٢٫٥

وهكذا حسبنا الدرجات في الحالات العشر على النحو السابق بحيث أصبح لكل حالة درجة في التطبيق الثاني. وكانت الدرجات في التطبيقين للحالات العشر والتي حسب منها معامل الارتباط عن طريق القيم الخام هي:

الأفـــراد	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
الدرجة فى التطبيق ١	٣	٣	٢٫٥	١	—	—	٢٫٥	٢	٣	٢٫٥
الدرجة فى التطبيق ٢	٢٫٥	٢	٢٫٥	١	—	—	٢٫٥	٣	٣	٢٫٥

(٤٦) جدول درجات الاختيار فى الاختبار السوسيومترى فى التطبيق الأول والثانى

وحسب معامل الارتباط بين الدرجات التي في الجدول (٤٦) فوصل الارتباط ٩٢٧, ٠ وهو معامل ارتباط له دلالة عند مستوى ٠١, ٠

صدق الاختبار

بعدما تم تطبيق الاختبار السوسيومتري في المرة الأولى لقياس ثبات الاختبار وبعدما تأكدنا من درجة الثبات العالية التي يتمتع بها الاختبار، طلبنا من المشرفين وهم أكثر الناس معرفة بشؤون العمال والعلاقات المختلفة بينهم والتي يؤكدها ما قاله لي أحد المشرفين عندما طلبت منه ذلك وهو ملاحظ بقسم الأفران العالية أن العامل محمد ح. (العامل رقم ٣) وعامل آخر ـ لا أتذكر اسمه الآن يعملان دائماً معاً، وإذا حدث وكان هناك من ظروف العمل ما يستدعي ذهاب كل منهما في مكان مختلف لعمل الصيانة اللازمة به فإنه في وقت الراحة أو تناول الشاي والغذاء نجد أحدهما قد ذهب للآخر في مكانه ليتناول معه الشاي. وقد استقصيت هذا الموقف لدى نفس العاملين وعن طريق نفس السؤال الذي يستثير هذا الموقف في الاختبار فتحقق عمق معرفتهم بعلاقات العمال بعضهم ببعض.

ولقد طلبت من المشرفين - كما سبق أن قلت - أن يحددوا لنا الأشخاص الذين يختارهم الشخص في المواقف المختلفة للاختبار.

ويمثل الجدول (٤٧) اختيار العمال العشرة لزملائهم في مواقف الاختبار المختلفة واختيار المشرفين على نفس هؤلاء العمال العشرة لزملائهم الذين يعرفون - من خلال خبرة العمل الطويلة مع هؤلاء العمال - أنهم يختارونهم في هذه المواقف.

رقم	الاسم	اختيار العمال			اختيار المشرفين			العلامة
		اختيار (١)	اختيار (٢)	اختيار (٣)	اختيار (١)	اختيار (٢)	اختيار (٣)	
١	أحمد ف	عبد اللطيف	سيد	خليل	عبد اللطيف	سعيد	خليل	+
٢	ايليا ش	رضوان	عبد النبى	فوزى	رضوان	عبد النبى	جمال	+
٣	محمد ح	سلامة	حمزة	حسين	حمزة	سلامة	حسين	+
٤	عبد الحميد	أحمد على	كمال	أحمد أ	أحمد ع.	أحمد أ.	كمال	+
٥	كمال الدين	بدر	النجار	عبد الفتاح	بدر	عبد الفتاح	النجار	+
٦	أبو الحجاج	عبد الباقى	شحاته	سعيد	عبد الباقى	سيد	سعيد	+
٧	يحيى م.	ماهر رياض	الحسينى	أحمد	ماهر	الحسينى	أحمد	+
٨	رشيد ف	عبد العزيز	عبد الواحد	عبد المنعم	عبد العزيز	عبد المنعم	—	+
٩	عبد العال م	يوسف	عز الدين	فتحى	محمد	عز الدين	سعيد	—
١٠	سيد ع.	عبد العاطى	قطب	—	عبد العاطى	قطب	—	+

(٤٧) جدول صدق الاختبار السوسيومترى

وبنفس الطريقة في حساب نسبة الاتفاق في حساب ثبات الاختبار حسبت نسبة الاتفاق لحساب صدقه فكانت على النحو الآتي:

نسبة الاتفاق = ٩٠٪

وقد قمنا بحسبا درجة الاختيار بنفس الأسلوب الذي قمنا به في معامل الثبات وذلك لحساب معامل الصدق عن طريق معامل الارتباط بين اختيار العمال واختيار المشرفين فكانت الدرجات التي تم حساب معامل الارتباط على أساسها هي كما يلي:

الأفراد	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
درجات اختيار العمال	٣	٢٫٥	٣	٣	٣	١	٣	٢	—	٢٫٥
درجات اختيار المشرفين	٣	٢٫٥	٣	٣	٣	٢	٣	٢٫٥	—	٢٫٥

(٤٨) جدول درجات الاختيار بالاختبار السوسيومترى فى حالة الصدق

ولقد وصل معامل الصدق بين درجات اختيار العمال ودرجات اختيار المشرفين ٠,٩١١ وله دلالة عند ٠,٠١.

الفصل السابع عشر

التجربة الأساسية

١ ـ أسس اختيار المجموعة الضابطة.

٢ ـ خصائص المجموعة الضابطة.

٣ ـ الفروق في خصائص العينة بين المجموعتين.

٤ ـ الفروق في المحكات بين المجموعتين.

٥ ـ خطة تطبيق الاختبارات.

أ ـ اختبارات المجموعة الأولى.

ب ـ اختبارات المجموعة الأولى.

جـ ـ زمن الاختبارات.

نتائج التجربة الأساسية

أولاً: نتائج اختبارات القدرات:

أ ـ الفروق بين المجموعتين.

ب ـ الفروق بين المجموعات الفرعية.

جـ ـ التحيل العاملي.

د ـ تفسير الارتباط بالمحاكات.

ثانياً: نتائج اختبار السمات والعوامل الانفعالية:

أ ـ الفروق بين المجموعتين.

ب ـ الفروق بين المجموعات الفرعية.

جـ ـ التحليل العاملي.

د ـ تفسير الارتباط بالمحاكات.

ثالثاً: نتائج مقياس الروح المعنوية:

أ ـ الفروق بين المجموعتين.

ب ـ الفروق بين المجموعات الفرعية.

جـ ـ التحليل العاملي.

د ـ تفسير الارتباط بالمحاكات.

رابعاً: نتائج الاختبار السوسيومتري:

أ ـ الفروق بين المجموعتين على أساس درجة مكانة الاختبار.

ب ـ الفروق بين المجموعتين على أسا درجة الاختيار.

١ ـ أسس اختيار المجموعة الضابطة

(أ) **الأساس الطبي**: سارت هذه الخطوة في اختيارنا لأفراد المجموعة الضابطة على مرحلتين. الأولى طلبنا من المشرف على العامل أن يحدد لنا أحد العمال الذي يقوم بأداء العمل في أحد مهن الصيانة في نفس مستوى أجر وعمر (+ ع) وسنوات خبرة العامل التجريبي. على أن يكون هذا العامل من غير المترددين كثيراً على العيادة الطبية خاصة أن المشرف هو الذي يقوم بالتوقيع على أورنيك التحويل للقسم الطبي ولا يذهب أحد العمال للقسم الطبي دونه. إلى جانب ذلك كان المشرف يقوم باستدعاء العامل وكنا نقوم بسؤاله عن صحته وعن الأمراض التي يشكو منها وبعد التأكد من خلو العامل من الأمراض الجسمية (حسب كلامه ومعرفة المشرف) قمنا بالتأكد من ذلك بسؤال الطبيب بالعيادة الطبية، والذي كان يقوم بفحص البطاقة الطبية للعامل للتأكد من خلوه من الأمراض التي تؤكد وجودها الأشعات والاختبارات الطبية والتحاليل المختلفة.

وفي أثناء مقابلتنا لأفراد المجموعة الضابطة قمنا بسؤالهم عن أهم الشكاوي التي يذهب من أجلها العامل إلى الطبيب وكان هدفنا من وراء ذلك أن يكون لدي أفراد هذه المجموعة الشكاوي الجسمية التي تعزل أثر العامل الجسمي على النفس لدى أفراد المجموعة التجريبية بحيث يكون الفرق بين المجموعتين راجع لأثر العوامل النفسية.

وفيما يلي الجدول (٤٩) الذي يبين تكرار هذه الشكاوي لدى أفراد هذه المجموعة على أجهزة الجسم المختلفة:

الجهاز	قلب وأوعية	معدى معوى	جهاز التنفس	الحساسية والجلد	الغدد الصم	الجهاز الهيكلى
العدد	—	٧	٨	٢	٢	٧

(٤٩) جدول الشكاوى البدنية لدى المجموعة الضابطة

ونورد فيما يلي مقتطفات من كلام العمال في عرضهم لشكاواهم. يقول العامل حامد ح. م. ويعمل بميكانيكا درفلة الشرائط: وجع في رجلي وإيدي وبس، واتعملي تحليل دم لأوجاع الرجلين وكانت النتيجة سالبة.

أما العامل إبراهيم ق. ا. فيقول: كان حصل عندي وجع في جنبي الشمال ولم يسفر الفحص بالأشعة عن وجود شيء.

أما العامل فؤاد ز. ا. فيقول: ساعات تيجي كحة ساعات يكون ماليش نفس للأكل، وآخد الدوا تمشي العملية سليمة، وعملت أشعة على الصدر وسليمة وكان سببها كحة.

أما العامل عبد المنعم م. م. س. فيقول: هو ساعات برضه في الشتا الواحد يجيلوا إسهال ووجع في العين والحساسية اللي في إيدي دي تيجي كل سنة مرة وعملوا تحليل دم عشانها في العيادة وكانت النتيجة سالبة، وقالوا ده حمو نبيل.

(ب) الأساس المهني: بناء على أن مهن الصيانة تقع في عائلة مهن الميكانيكا تقيدنا بقدر الإمكان أن يكون الكامل من نفس مهنة مثيله في المجموعة التجريبية وفي حالة عدم تيسر ذلك كنا نقوم باختيار العامل الذي

يقوم بأداء العمل في أي من المهن الأخرى (٥٠) الذي يبين الوظائف لدى أفراد المجموعة الضابطة:

الوظيفة	براد	كهربائي	حداد	ميكانيكي	لحام	شحام	خراط	المجموع
العدد	١١	٥	٣	٢	٢	١	١	٢٥

(٥٠) جدول توزيع المهن على المجموعة الضابطة

(جـ) **الأساس النفسي**: قمنا بتطبيق قائمة كورنل وهي نفس المقياس الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية وذلك للتأكد من خلو أفراد المجموعة الضابطة من الأعراض السيكوسوماتية حيث قمنا باستبقاء الحالات التي حصلت على درجة أقل من الحد الذي كنا نعتبر حصول أحد أفراد المجموعة التجريبية عليه دليلاً على وجود اضطراب عصابي وسيكوسوماتي شديد لديه. ولم تكن هناك غير حالة واحدة، فرغماً من توفر الشروط السابقة عليه إلاّ أننا لاحظنا أنه يحاول الإجابة «بنعم» على فقرات الاختبار وظهر ادعاؤه للأعراض التي يقيسها الاختيار عندما قام بالإجابة على السؤالين الآتيين وهما السؤال رقم ٢٠، ٢٢ في القائمة «بنعم».

٢٢ ـ بتحس دايماً إنك حزين وشقيان؟

٢٣ ـ بتحس دايماً إنك سعيد ومبسوط؟

ورغماً من أن السؤال لا يعطي فرصة بحيث يكون لدى المفحوص أعراض معينة وفي وقت آخر عنده أعراض عكسها لأن جميع أسئلته تركز على الحالة الدائمة لا الحالة المؤقتة، فإننا نلاحظ أن استجابات هذا الشخص تتسم بالكذب والادعاء ولذلك قمنا بعزل هذا الشخص.

٢ ـ خصائص المجموعة الضابطة

١ ـ يوضح الجدول (٥١) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة:

الحالة	أعزب	أرمل	مطلق	متزوج	المجموع
العدد	—	—	—	٢٥	٢٥

(٥١) جدول الحالة الاجتماعية للمجموعة الضابطة

٢ ـ ويبين الجدول (٥٢) الحالة التعليمية لأفراد العينة الضابطة:

الحالة	أمى	٪	يقرأ ويكتب	٪	ابتدائية	٪	اعدادية	٪
العدد	١	٪٤	٢١	٪٨٤	٢	٪٨	١	٪٤

(٥٢) جدول الحالة التعليمية للمجموعة الضابطة

٣ ـ كما يوضح لنا الجدول (٥٣) المتوسط والانحراف المعياري للعمر والأجر وسنوات الخبرة:

العمـــــر		الأجر		سنوات الخبرة	
م	ع	م	ع	م	ع
٤١ر٢	٥ر٨٢	٢٠ر٣٢	٤	١١ر٣٢	٢ر٢٢

(٥٣) جدول العمر والأجر للمجموعة الضابطة

٣ ـ الفروق في خصائص العينة بين المجموعة الضابطة والتجريبية

أ ـ في الوظائف: يوضح لنا الجدول (٥٤) توزيع الوظائف على أفراد المجموعتين:

الوظائف	براد	كهربائى	حداد	خراط	لحام	شحام	ميكانيكى	مجموع
التجريبية	٣	٥	١	١	١	٢	١٢	٢٥
الضابطة	١١	٥	٣	١	٢	١	٢	٢٥

(٥٤) جدول توزيع الوظائف فى المجموعتين الضابطة والتجريبية

ورغماً من الفروق التي قد تبدو موجودة بين وظيفتي البراد والميكانيكي إلا أنه كما سبق أن قلنا أن تلك الوظائف السبع السابقة تقع تحت نطاق عائلة واحدة هي عائلة المهن الميكانيكية ولا خوف من أن يترتب على ذلك الفرق الظاهر أي فروق في النتائج مستقبلاً.

ب ـ في الحالة التعليمية: يوضح لنا الجدول (٥٥) توزيع الحالة التعليمية على أفرد المجموعتين وحساب دلالة الفرق.

المجموعة	يقرأ ويكتب	٪	ابتدائية	٪	اعدادية	٪	أمى	٪
التجريبية	١٩	٪٧٦	٤	٪١٦	١	٪٤	١	٪٤
الضابطة	٢١	٪٨٤	٢	٪٨	١	٪٤	١	٪٤
ى	٠٫٠٨		٠٫٠٨		صفر		صفر	

(٥٥) جدول المستوى التعليمى بالمجموعتين الضابطة والتجريبية.

وقد استخدمنا في حساب الفرق بين المجموعتين المعادلة الآتية: وهي مكونة من جزءين، وتقوم أساساً على حساب النسبة المئوية لعدد الحالات:

الجزء الأول يتكون من لَ = $\frac{\text{الدرجة (١) + الدرجة (٢)}}{ن_١ + ن_٢}$

الجزء الثاني يتكون من ى وهو المعادلة = $\frac{\text{النسبة (١) − النسبة (٢)}}{\sqrt{لَ\ (١ - لَ)\ (\frac{١}{ن_١} + \frac{١}{ن_٢})}}$

وقد تم حسابها بالنسبة لبند «يقرأ ويكتب» على النحو الآتي:

١ ـ النسبة المئوية ليقرأ ويكتب بالتجريبية = ٧٦ ٪

٢ ـ النسبة المئوية ليقرأ ويكتب بالضابطة = ٨٤ ٪

٣ ـ لَ (٧٦٪ + ٨٤٪ ÷ ٢) = ٨٠ ٪

٤ ـ (١ - لَ) ١ = ١٠٠٪

٥ ـ ∴ ى = ٠,٨٪

وبالكشف عن درجات الحرية = ٤٨ نجد أن الفرق غير دال.

(جـ) **في الحالة الاجتماعية**: كما يبين لنا الجدول (٥٦) الحالة الاجتماعية لدى كل من المجموعتين:

الحالة	أعزب	أرمل	مطلق	متزوج	المجموع
التجريبية	—	—	—	٢٥	٢٥
الضابطة	—	—	—	٢٥	٢٥

(٥٦) جدول الحالة الاجتماعية بالمجموعتين

ويتضح اتفاق المجموعتين بالنسبة للحالة الاجتماعية فهم جميعاً دون استثناء متزوجون.

(د) في الأجر والعمر والخبرة: يوضح الجدول (٥٧) م، ع للمجموعتين وحساب اختبار «ت» بينهما:

المجموعة	العمر		ت	الأجر		ت	الخبرة		ت
	(م)	(ع)		(م)	(ع)		(م)	(ع)	
التجريبية	٤٢٫٩	٦٫٦٥	٠٫٩٤	١٨٫٦٤	٤	١٫٤٤	١١٫٥٢	٢٫٣٦	٠٫٣١
الضابطة	٤١٫٢	٥٫٨٢		٢٠٫٣٢	٤		١١٫٣٢	٢٫٢٢	
الدلالــة	ليس له دلالــة			ليس له دلالــة			ليس له دلالــة		

(٥٧) جدول الدلالة الإحصائية بالمجموعتين فى العمر والأجر والخبرة

تعليق: يتضح من العرض السابق أن المجموعتين تتفقان معاً في كافة الخصائص من حيث الخبرة في العمل، والعمر والحالة الاجتماعية والتعليمية والوظائف التي يشغلونها والأجر الذي يتقاضونه بشكل يؤكد لنا أن ظروف التجربة خاصة فيما يتعلق باختبار العينة تتمتع بضبط تجريبي، بحيث لا يمكن بأي حال من الأحوال إرجاع أي فروق تظهر فيما بعد في القياس لعوامل التوافق المهني إلا للاضطراب السيكوسوماتي وهو المتغير الذي تختلف فيه المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة.

٤ ـ الفروق في محكات العمل بين المجوعتين

قمنا بفحص ملفات شؤون العاملين لأفراد المجموعتين للتعرف على عوامل الكفاية الإنتاجية في العمل. تلك العوامل التي تحمل في طياتها مظاهر التوافق المهني للعمال وذلك لأننا نتوقف أن يكون العامل الناجح والمتوافق في عمله ممتازاً في أدائه عن الأفراد الفاشلين سيئـي التوافق، كذلك مخالفته لتعليمات العمل وغيابه بدون إذن أو تأخيره عن العمل تلك التي تظهر في نهاية الأمر في شكل جزاءات أقل إن لم تكن تندر عن العمال سيئـي التوافق كذلك بالنسبة للأجازات المرضية والتردد على العيادة الطبية والتنقل من عمل لآخر.

رقم	المحـــك	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة «ت»	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(١)	التنقل من عمل لآخر	٤٫٢٨	٢٫١٦	٣٫٢٧	١٫١٤	٢٫١٠	٠٫٠٥
(٢)	الجـــزاءات	٤٫٣٠	٥٫٠٥	٣٫٣٠	٣٫١٠	١٫٨٣	غير دال
(٣)	الأجازات المرضية	١١٫٦	١٣٫٠	٧٫٠	٨٫٠	١٫٤٧	»
(٤)	التردد على العيادة الطبية	٢١٫٥٦	٢٫١٠	١٥٫٧	٤٫٠	٦٫٥١	٠٫٠١
(٥)	الأداء فى العمل	٦٨٫٦	١٠٫٠	٨٤٫٦	٨٫٦	٥٫٦١	٠٫٠١

(٥٧) جدول الفروق بين المجموعتين فى محكات العمل

ويتضح من الجدول (٥٧) أن المجموعتين تتفقان في نواحي وتختلفان في نواحي فتتفقان من الجزاءات وإن كان المتوسط يوضح زيادتها لدى أفراد المجموعة التجريبية، كذلك تتفق المجموعتان في الأجازات المرضى وإن كان المتوسظ يشير إلى زيادتها لدى أفراد المجموعة التجريبية

أيضاً. كذلك فإن المجموعتين تختلفان في محكات مثل: التنقل من عمل لآخر بفرق له دلالة عند ٠,٠٥، وفي التردد على العيادة الطبية بفرق له دلالة عند مستوى ٠,٠١، وفي الأداء في العمل بفرق له دلالة عند ٠,٠١.

التحليل العاملي للمحكات:

أردنا أن نعرف العلاقة بين المحكات بعضها وبعض لدى أفراد المجموعة التجريبية بهدف أن نتوصل في نهاية الأمر لتنظيمها العاملي أي ما هو العامل الذي ينظم هذه الارتباطات ويشيع فيما بينها ويكون هو العامل الذي له علاقة بالاضطراب - بالطبع - إلى جانب العوامل الأخرى.

ويبين لنا الجدول (٥٨) مصفوفة الارتباط الأولى بين المحكات بعضها وبعض:

رقم	المتغيرات	الجزاءات	أجازات مرضى	تردد على العيادة	الأداء فى العمل	التنقل من عمل لآخر
١	الجزاءات	—	٠ر٠١١-	٠ر٤٥١	٠ر١٦٣	٠ر١١٩-
٢	الأجازة المرضى	٠ر٠١١-	—	٠ر٣٧٩-	٠ر١٨١-	٠ر٢٣٠
٣	التردد على عيادة	٠ر٤٥١	٠ر٣٧٩-	—	٠ر١٢١	٠ر٣١٩-
٤	الأداء فى العمل	٠ر١٦٣	٠ر١٨١-	٠ر٠١١	—	٠ر١١٢٠
٥	التنقل من عمل لآخر	٠ر١١٩-	٠ر٢٣٠	٠ر٣١٩-	٠ر١١٢-	—

جدول (٥٨) عن مصفوفة الارتباط الأولى لمحكات العمل

وفيما يلي التشبعات المركزية مرتبة حسب قيمتها:

١ - **الجزاءات ٠,٨٣٤ ونعني بالجزاءات:** عدد مرات الجزاءات التي وقعت على العامل نتيجة مخالفة خلال عام.

٢ ـ التردد على العيادة ٠,٢٠٠ ونعني بها: عدد مرات التردد خلال عام على العيادة.

٣ ـ الأداء في العمل ٠,٥٥ ونعني به: تقدير المشرف لأداء العامل في العمل.

٤ ـ الأجازة المرضى ٠,٠٣٤ ونعني بها: الأجازات المرضية خلال عام.

٥ ـ التنقل من عمل لآخر صفر ونعني به: عدد مرات التنقل من عمل لآخة قبل الالتحاق بالشركة.

تعليق على مصفوفة الارتباط:

١ ـ يتضح لنا أن علاقة الجزاءات بالأجازات المرضية تكاد تكون صفرية (ـ ٠,٠١١) وإن كانت تسير في الاتجاه السالب، وهي في هذه الحالة تعني أنه كلما زاد توقيع الجزاء على العامل قلت أجازاته المرضية. كذلك فإن علاقة الجزاءات بالتردد على العيادة الطبية علاقة دالة (٠,٤٥١) أي أنه كلما زادت الجزاءات التي توقع على العامل زاد تردده على العيادة الطبية، كما أن علاقة الجزارات الموجبة بالأداء في العمل تعني عامل الخوف من الجزاء بأداء العامل لعمله، كذلك تسير علاقة الجزاءات بالتنقل من عمل لآخر وقد يعزى ذلك إلى عامل التكيف.

٢ ـ كما يتضح لنا أن علاقة الأجازات المرضية بالتردد على العيادة تقترب من حدود الدلالة (ـ ٠,٣٧٩) وهي علاقة تتفق مع المفترض أن يكون، فكلما زادت الأجازة المرضية قل تردد العامل على العيادة لأنه يحصل على أجازته ويظل طولها بمنزله ولا يذهب إلى الطبيب إلاّ عندما تستدعي حالته ذلك. كذلك تسير علاقة الأجازات المرضية مع المفترض أن يكون فكلما زادت تلك الأخيرة قل أداء العامل (ـ ٠,١٨١)، كذلك تسير العلاقة بالتنقل من عمل لآخر مع المفترض أن يكون، فكلما زادت الأجازة المرضى زاد تنقل العامل من عمل لآخر.

٣ ــ أما علاقة التردد على العيادة الطبية بالأداء في العمل فهي علاقة صفرية تقريباً (٠,٠٢١) ولا يمكن تفسيرها، كذلك فإن علاقته بالتنقل من عمل لآخر (ـ٠,٣١٩)، فكلما زاد ترد العامل على العيادة قل تنقله من عمل لآخر لشعوره (وربما يكون ذلك صحيحاً) بالرعاية أيو بوجود مخرج في تردده على العيادة أجدى له من تركه العمل.

٤ ـ أما علاقة الأداء في العمل بالتنقل من عمل لآخر (ـ٠,١١٢) فهي تسير في الاتجاه المفترض أن يكون فكلما زاد الأداء في العمل شعر العامل بمكانته واطمأن لتقدير رؤسائه فيقل تنقله من عمله.

تفسير الجزاءات:

إن مفهوم الجزاء في مجال العمل يعني أن العامل يرتكب الكثير من مخالفات العمل ويتغيب عن العمل بدون إذن سابق من رؤسائه، كما أنه كثير التأخر عن مواعيد العمل ويتردد كثيراً على العيادة الطبية مما يترك أثراً سيئاً في تقدير رؤسائه له، لأن ذلك يعني من وجهة نظرهم هروباً من العمل، كما أن الجزاء يعني أيضاً أن أداء العامل في عمله دون المستوى. بالإضافة إلى أنه يسيء استخدام الآلة فهو لكل هذه الخلافات والخروج عن مقتضيات واجبات عمله يكون المقابل من أجل إيقافه هو توقيع الجزاء عليه من جانب رؤسائه بالخصم من مرتبه في كل الأحوال السابقة، وذلك الأخير دون شك يخلق له مشاكل تحول دون تدبيره لشؤون حياته الضرورية، ولذلك تزداد حياته اضطراباً ويزداد الاضطراب السيكوسوماتي عنده أزماناً وعمقاً. والسؤال الذي يواجهنا هو لما لم تتدعم لدى هؤلاء المرضى الاستجابات المقبولة المناسبة في مجال العمل؟ نقول أن العمل ومقتضياته لا يمثل بالنسبة لهؤلاء المرضى إشباعاً لدوافعهم أو خفضاً للتوتر الناشىء عن الدافع عن طريق مكافأة الفعل أو الثواب الذي يعقب الاستجابة، فنظراً لنقص استعداداتهم وقدراتهم ونظراً لاضطرابهم انفعالياً فإنهم فقدوا القدرة على التوافق مع مقتضيات العمل ومتطلباته في صورة أداء دون المستوى،

وغياب عن العمل، ومخالفة لتعليماته فاقترن ذلك بعقاب من جانب إدارة العمل تمثل في جالزاءات.

٥ ـ خطة تطبيق الاختبارات

طبقت الاختبارات على جلستين على النحو التالي:

١ ـ **اختبارات الجلسة الأولى**: قائمة كورنل ـ الاستعدادات والقدرات الخاصة.

٢ ـ **اختبارات الجلسة الثانية**: مقياس الروح المعنوية ـ الاختبار السوسيومتري.

وفيما يلي الجدول (٥٩) يبين الاختبارات والزمن والعدد الذي طبق عليه كل اختبار:

الاختبارات	قائمة كورنل		الاستعدادات والقدرات الخاصة						الروح المعنوية	الاختبار السوسيومترى	مجـ
			(١) استدلال ميكانيكى	(٢) تجميع ميكانيكى	(٣) مهارة أصابع	(٤) مهارة أصابع	(٥) سرعة وإدراك	(٦) الفهم			
الزمن بالثانية	٢٥َ		٢٠َ	٣َ	١َ	٢٠َ	٥َ	٢٠َ	٢٥َ	٣٠َ	٢٠َ ٩َ ٢ق
	عدد قبل عزل	عدد بعد عزل									
عدد المجموعة التجريبية	٢٩	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	١٠	
عدد المجموعة الضابطة	٢١	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	١٠	
العدد الكلى	٥٠		٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٢٠	٧٠

جـــدول (٥٩) عن زمن الاختبارات

نتائج التجربة الأساسية

أولا: نتائج اختبارات الاستعدادات والقدرات الخاصة:

تعتبر نتائج اختبارت الاستعدادات والقدرات الخاصة رداً على الفروض المستخلصة من عمل تحليل العمل، تلك الأخيرة التي كانت بمثابة تجربة استكشافية لهذه الاستعدادات والقدرات والتي تعتبر عاملاً من العوامل التي تلعب دوراً هاماً في عملية التوافق المهني، ليس ذلك فقط بل تعتبر نتائج هذه التجربة إما مؤيدة أيضاً لافتراضاتنا أو غير مؤيدة لها في بعض النواحي ورافضة لها في نواحي أخرى، تلك الافتراضات التي نبعت من أننا نتوقع أن يكون أداء أفراد المجموعة التجريبية وهم المرضى السيكوسوماتيين أقل من أداء أفراد المجموعة الضابطة بدرجة دالة إحصائياً، بمعنى أن عدم مناسبة استعداداتهم وقدراتهم في العمل اقترنت بسوء توافقهم المهني في صورة اضطراب سيكوسوماتي وسنورد فيما يلي المعالجات الإحصائية بين أفراد المجموعتين ثم نفسر نتائجها في الفصل الخاص بذلك.

(أ) الفروق بين المجموعتين على اختبارات الاستعدادات والقدرات

وفيما يلي جدول (٦٠) بين م، ع لأفراد المجموعتين درجة اختبار «ت» دلالة كل اختبار.

رقم	الاختبارات	التجريبية		الضابطة		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(١)	استدلال ميكانيكى	١٠٫٩	٤٫٥	١٢٫٤٦	٢٫٤٩	١٫٥٤	غير دال
(٢)	مهارة أصابع (وضع)	٣٠٫٢٨	٣٫١٢	٣١٫٨٠	٣٫٥٦	١٫٥٥	»
(٣)	مهارة أصابع (نزع)	٤٣٫٠٨	٣٫٩٢	٤٤٫١٠	٤٫٥٠	٠٫٩٣	»
(٤)	التجميع الميكانيكى	٦٫١٠	٣٫٢٧	٨٫٠٩	٣٫٣	٢٫١٧	٠٫٠٥

رقم	الاختبارات	التجريبية		الضابطة		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(٥)	الفهم العام	٦٫٩٨	٢٫٣٤	٩٫١٦	٢٫٣٥	٣٫٢٥	٠٫٠١
(٦)	سرعة إدراك العدد	١٣٫٠	٥٫٣٥	١٦٫٥	٤٫٨٥	٢٫٣٨	٠٫٠٥

جدول (٦٠) دلالة الفرق بين المجموعتين في القدرات

ويتضح من الاتجاه العام للمتوسطات في جدول (٦٠) أن أداء المجموعة التجريبية يتجه لأن يكون أقل من أداء المجموعة الضابطة، إلاّ أن هذا الاتجاه مرتفع ارتفاعاً دالاً في صالح المجموعة الضابطة في بعض النواحي (منخفض) وفي نواحي أخرى، فإن الفرق الظاهر لا يمكن إرجاعه إلاّ لعوامل الخطأ لأنه ليس دالاً إحصائياً.

وفيما يلي الاختبارات التي ميزت بين المجموعتين على النحو السابق في الجدول:

١ ـ اختبار التجميع الميكانيكي.

٢ ـ اختبار الفهم.

٣ ـ اختبار سرعة إدراك العدد (الميكانيكية).

(ب) الفروق بين بعض مجموعات الاضطراب السيكوسوماتي والأسوياء:

عالجت كل الكتب والمراجع والأبحاث السابقة موضوع الاضطراب السيكوسوماتي كل فئة على حدة، بل على قدر معلوماتنا لا يوجد بحث تناول حالات من الفئات المختلفة. وهذا ما جعلنا نأخذ حالات من فئات الاضطراب السيكوسوماتي في حدود عينتنا، وذلك للتعرف على العوامل اللاشعورية لدى هؤلاء المرضى من استعدادات وقدرا وعوامل انفعالية واتجاهات وعلاقات اجتماعية وذلك على النحو المتبع في بحوث الأمراض

النفسية حيث يتناول بعضها حالات من الفئات المختلفة للعصاب، والذهان، وذلك في نهاية الأمر لتغطية الجانب الذي أهملته البحوث السابقة، وفي المعالجات الإحصائية الآتية سنورد الفروق بين مجموعة القلب والأوعية الدموية وبين مجموعة الأسوياء، وبين مجموعة الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء، كذلك الفرق بين مجموعتي القلب والأوعية، والجهاز المعدي معوي، وذلك لعلنا نجد فروقاً خاصة بينهم وبين الأسوياء مع اعترافنا منذ البداية بأن العينة الفرعية المتوفرة في حدود العينة الكلية قليلة العدد بحيث أن احتمال وجود فروق دالة أمر يتوقف على ذلك. لكنه دون شك ستعطينا هذه الدراسة مؤشرات عن الاتجاه الذي يسير فيه أدائهم.

١ ـ الفروق بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء

وفيما يلي جدول (٦١) يبين م، ع لمرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء والعينة ٨ مرضى، ٨ أسوياء المتماثلين معهم في كافة النواحي.

رقم	الاختبـــــار	مجموعة الجهاز المعدى معوى		الأسوياء		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	استدلال ميكانيكى	٥٠ر٨	٧٢ر٤	٦٠ر١٢	٠٦ر٢	١٦ر٢	له دلالة عند ٠٥ر٠
٢	سرعة إدراك	٥٠ر١٠	٨٧ر٢	٨٨ر١٥	٢٧ر٥	٣٨ر٢	» » ٠٥ر٠
٣	مهارة أصابع (وضع)	١٣ر٢٨	٥٩ر٢	٥٠ر٣٠	٧٣ر٢	٥٨ر١	ليس له دلالة
٤	» » (نزع)	٣٨ر٤٢	٦٠ر٣	٥٠ر٤٣	٢٧ر٤	٥٢ر٠	» »
٥	تجميع ميكانيكى	١٠ر٦	٨٠ر١	٨٠ر٧	٢٧ر٢	٣٤ر١	» »
٦	فهـــــم	٦٠ر٧	٥٧ر١	١٣ر١٠	٢٥ر٢	٨٨ر١	» »

جدول (٦١) عن دلالة الفرق بين مرضى الجهاز المعدى معوى والأسوياء فى القدرات .

ورغماً من أن متوسطاً كلا من المجموعتين تشير إلى أنها في صالح الأسوياء، إلا أنه لا توجد فروق دالة وفي حدود العينة إلا في اختباري سرعة الإدراك والاستدلال الميكانيكي عند مستوى دلالة ٠,٠٥، ويتضح لنا أنه بمقارنة تلك النتائج بنتائج المجموعة الكلية أن هناك اختبارات لم تكن تميز بين مجموعة مرضى الاضطراب السيكوسوماتي والأسوياء لكنها ميزت بين مجموعة مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء مثل الفهم والتجميع الميكانيكي لكن اختيار سرعة إدراك العدد هو الاختيار الوحيد الذي ظل ثابتاً من حيث قدرته على التمييز في الحالتين.

٢ - الفرق بين مرضى القلب والأوعية الدموية والأسوياء

ويبين الجدول (٦٢) م، ع لمجموعتي القلب والأوعية والأسوياء والفروق بينهما في اختبارات الاستعدادات.

رقم	الاختبار	مجموعة القلب والأوعية الدموية		الأسوياء		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	استدلال ميكانيكي	١٢٫٨٨	٢٫٦٠	١١٫٨٨	٢٫٥٦	٠٫٧٠	لا دلالة له
٢	سرعة إدراك	٨٫٣٠	٢٫٩١	١١٫٨٠	٣٫١١	٢٫٢٨	لا دلالة عند ٠٫٠٥
٣	مهارة أصابع (وضع)	٣٠٫٠٠	١٫٨٠	٣٠٫٣٨	٢٫٧٣	١٫٥٧	لا دلالة له
٤	« « (نزع)	٤٠٫٧٥	٢٫٠٤	٤١٫٨٨	٤٫٦٧	٠٫٥٩	«
٥	تجميع ميكانيكي	٦٫١٠	٢٫٥٧	٧٫٠٠	٢٫٩١	٠٫٦١	«
٦	فهـــم	٦٫٢٥	٢٫١٩	٧٫٥٠	٢٫٣٤	١٫٠٣	«

جدول (٦٢) عن دلالة الفرق في القدرات بين مجموعة القلب والأوعية الدموية والأسوياء

نلمح في الجدول (٦٢) تغييراً عما في الجدولين السابقين فقد كان الاتجاه في الفروق في الجداول السابقة أن الأسوياء يميل أدائهم على اختيارات الاستعداد (حسب المتوسط) بوجه عام إلى الارتفاع عن أدار المرضى أما في هذا الجدول فإننا نجد أن أداء المرضى يتجه للزيادة عن أداء الأسوياء حسب المتوسط وأن لم يكن دال في اختيار الاستدلال الميكانيكي عكس الاتجاه العام لباقي الاختبارات هو الزيادة حسب المتوسط في الأداء في صالح الأسوياء كذلك نجد أن اختبار سرعة الإدراك هو الاختبار الذي ميز بين المجوعتين.

٣ ـ الفروق بين فئتي القلب والأوعية والجهاز المعدي معوي

هل يشكل مجموعتي القلب والأوعية، والجهاز المعدي معوي كل منهما مجموعة خاصة، من حيث أدائهما على اختبارات الاستعدادات أما أنهما مجموعة واحدة، هذا هو ما جعلنا نقوم بالمعالجة الإحصائية الآتية للفرق بين المجموعتين.

رقم	الاختيار	الجهاز المعدى		القلب والأوعية		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	استدلال ميكانيكى	٨٫٥٠	٤٫٧٢	١٢٫٨٧	٢٫٦٠	٢٫١٥	له دلالة عند ٠٫٠٥
٢	سرعة إدراك	١٠٫٥٠	٢٫٨٧	٨٫٥٠	٢٫٩١	١٫٢٩	لا دلالة له
٣	مهارة أصابع (وضع)	٢٨٫١٣	٢٫٥٩	٣٠٫٠٠	١٫٨٠	١٫٥٧	» »
٤	مهارة أصابع (نزع)	٤٢٫٣٨	٣٫٦٠	٤٠٫٧٥	٢٫٠٢	٠٫٩٨	» »
٥	تجميع ميكانيكى	٦٫١٠	١٫٨٠	٦٫١٠	٢٫٥٧	صفر	» »
٦	فهــم	٧٫٦٠	١٫٥٧	٦٫٢٥	٢٫١٩	٣٫٦٠	له دلالة عند ٠٫٠١

جدول (٦٣) عن دلالة الفرق فى القدرات بين مجموعة الجهاز المعدى ومجموعة جهاز القلب

ومن الجدول (٦٣) يتضح لنا أن كل مجموعة ترتفع عن الأخرى في نواحي وتنخفض عن الأخرى في نواحي أخرى، كما أن هناك نواحي تختلف فيها المجموعتان، بعضهما عن بعض اختلافاً دالاً.

فأما النواحي التي ترتفع فيها مجموعة الجهاز المعدي معوي عن مجموعة القلب والأوعية بناء على المتوسط فهي سرعة الإدراك ومهارة الأصابع نزع والفهم.

والنواحي التي ترتفع فيها مجموعة القلب عن مجموعة الجهاز المعدي معوي فهي الاستدلال الميكانيكي ومهارة الأصابع وضع أما بالنسبة للتجميع الميكانيكي فمتوسط المجموعتان واحد (٦,١٠).

وأما النواحي التي تختلف فيهما المجموعتان فهما الاستدلال الميكانيكي بفرق دال في صالح مجموعة القلب والأوعية عند ٠,٠٥، والفهم بفرق دال في صالح مجموعة الجهاز المعدي بفرق دال عند ٠,٠١

وأنه لمما شك فيه أن الدراسة السابقة تلقي أضواء عن طبيعة هذه الأمراض، بل أجدر لنا أن نقول أيضاً ـ في حدود العينة ـ أن تلك الدراسة تثير لدينا افتراضات تحتاج لزيادة العينة للتحقق مما توصلنا إليه.

(جـ) علاقة الاختبارات المميزة بين المرضى السيكوسوماتين والأسوياء بالمحكات:

لاشك في أن مواصلة تحليل النتائج ومعالجتها إحصائياً يساعد في إلقاء الضوء على طبيعة المشكلة التي تعالجها تلك الدراسة، خاصة لو كانت تلك المعالجات على نحو يكشف لنا عن علاقة بعض العوامل النفسية التي تكشف عنها اختبارات الاستعدادات والقدرات بمظاهر التوافق في العمل أو المحكات الواقعية في الأداء الفعلي للعامل في بيئة العمل.

ويبين الجدول (٦٤) تلك العلاقة:

رقم	الاختبار / المحك	الجزاءات	الأجازة المرضية	التردد على العيادة	الأداء فى العمل	التنقل من عمل لآخر
١	الفهم	-٠ر٠٨٦	٠ر٤٠٠	-٠ر١٣٠	-٠ر٢٢٣	٠ر٣٦٤
٢	سرعة الإدراك	-٠ر٠٤٧	-٠ر١١١	٠ر٣٧٤	-٠ر٣١٤	٠ر١٤٠
٣	التجميع الميكانيكى	٠ر٣٣٠	-٠ر٣٢٥	٠ر٥٢٠	٠ر١٧٣	-٠ر٢٧٩

جدول (٦٤) عن علاقة القدرات بالمحكات

ويتضح من الجدول (٤) مجموعة من العلاقات نناقشها فما يلي:

١ ـ **علاقة الفهم بالمحكات**: العلاقة بين الفهم والجزاءات تصل إلى ـ ٠٨٦,٠ وهي علاقة قريبة من الصفر لكنها تسير في الاتجاه السالب، وقد يتضح الارتباط أكثر لو كانت العينة أكبر من ذلك. ويعني هذا الارتباط أنه كلما زادت قدرة الفهم لدى الفرد كلما قلت جزاءاته والتي تتمثل في مخالفة العمل... الخ، وتسير هذه العلاقة في الاتجاه المفترض أن يكون، حيث يمثل اختبار الفهم «اختبار الواقع» أي الاستفادة من الخبرات السابقة «مما يساعد ذلك الفرد على عدم الوقوع في المخالفات».

أما العلاقة بين الفهم والأجازات المرضية تصل إلى ٤٠٠,٠ وهي تقترب من حدود الدلالة الإحصائية وقد يبدو أن هذا الارتباط الموجب المرتفع لا تفسير له إذ كيف يكون اتجاه العلاقة على هذا النحو أي كلما كان الفرد أكثر فهما فإنه يحصل على أجازات أكثر.

ويمكن تفسير ذلك بأنه كلما استطاع المريض شرح أوجاعه وآلامه للطبيب كلما اقترن ذلك بحصوله على الأجازات المرضية.

أما العلاقة بين الفهم والتردد على العيادة الطبية فتصل إلى ـ ١٣٠,٠ وهي وإن لم تكن مرتفعة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون،

فكلما زادت قدرات الفرد ارتبط بعمله أكثر وقل تردده على العيادة الطبية.

أما العلاقة بين هذا الاختبار وبين الأداء في العمل فهي (ـ ٠,٢٢٣) وليس هناك مبرر نقدمه لتفسير تلك العلاقة سوى أن العامل يوجه اهتمامه وتفكيره في مرضه وليس في عمله. أما علاقة الفهم بمرات التنقل من عمل لآخر والتي تصل إلى ٠,٣٦٤ فقد ترجع إلى أن زيادة القدرة على الفهم ترتبط لديه باستمرار بالحاجة إلى البحث عن عمل أحسن من العمل الحالي.

٢ ـ علاقة سرعة الإدراك بالمحكات: تصل علاقة سرعة الإدراك بالجزاءات ـ ٠,٠٤٧ وتفسير هذه العلاقة هو نفس التفسير السابق الذي قدمناه بالنسبة لعلاقة اختبار الفهم بنفس المحك.

أما علاقة سرعة الابدراك بالأجازات المرضية فتصل إلى ـ ٠,١١١ وتعني هذه العلاقة أنه كلما زادت سرعة الإدراك لدى الفرد قلت أجازاته المرضية وقد يرجع ذلك (رغماً من التفسيرات السابقة على اختبار الفهم) إلى أن العمال الذين لديهم هذه القدرة يلقـون تقديراً من رؤسائهم أكثر من غيرهم (وهو تقدير مفتقد بالنسبة للآخرين) فيرتبطون بالعمل أكثر من الاغتراب عنه حتى ولو كان ذلك بشكل رسمي.

أما العلاقة بين سرعة الإدراك والتردد على العيادة فتصل إلى ٠,٣٧٤ وإن تناقض مع سابقه، أي يعني أنه كلما زادت هذه القدرة زاد التردد على العيادة إلى أن هذا التناقض سطحي فهو يتسق معه غالباً، فالعامل يرتبط بعمله أكثر، إلاّ أنه ليس هناك ما يحول دون ذهابه للعيادة الطبية كثيراً لكي يأخذ من العلاج ما يساعده على الاستمرار في العمل.

أما العلاقة بين سرعة الإدراك والأداء في العمل فتصل إلى ـ ٠,٣١٤ وهي علاقة لا تجد تفسيراً لها كذلك فإن علاقة الاختبار بمرات التنقل من عمل لآخر تصل إلى ٠,١٤٠ فيمكن تفسيرها بنفس التفسير السابق تقديمه في الفهم.

٣ ـ علاقة الميكانيكي بالمحكات: علاقة التجميع الميكانيكي بالجزاءات تصل إلى ٠,٣٣٠ ورغماً من عدم اتساق ذلك مع ما هو مفترض أن يكون. إلاّ أن هناك ما يمكن أن يفسر تلك العلاقة اعتماداً على ما هو شائع من أمثلة «تشتغل كثيراً تغلط كثيراً» أي أن العمل الكثير يتبعه أخطاء كثيرة، فيترتب على ذلك جزاءات نتيجة للخطأ وقد يكون في ذلك التفسير بعض الصح إلاّ أنه المحتمل أن يكون صحيحاً فبعض هذه الجزاءات يرجع للإهمال في العمل وإساءة استخدام الآلة.

أما علاقة الاختبار بالأجازات المرضية فتصل إلى ـ ٠,٣٢٥ فتنطبق على نفس التفسير المقدم في سرعة الإدراك. كذلك فإن علاقته بمرات التردد على العيادة يصل إلى ٠,٥٢٠، وهو معامل ارتباط عال ودال إحصائياً وهو يعزز التفسير المقدم في اختبار سرعة الإدراك.

أما علاقته بالأداء فتصل إلى ٠,١٧٣ وهذا الارتباط يتسق مع ما هو مفترض أن يكون، كذلك فإن علاقة الاختبار بمرات التنقل من عمل لآخر فتصل إلى ـ ٠,٢٧٩ وإن اختلفت هذه العلاقة مع ما سبق من اختبارات إلاّ أن اتساقه مع ما هو مفترض أن يكون في هذا الاختبار راجع إلى الطبيعة العملية التي يتميز بها هذا الاختبار عن باقي الاختبارات الأخرى، وتلك الناحية المتمثلة في الفك والتركيب وما تتضمنه هذه العمليات من نواحي ذهنية تعتبر الأساس في العمل الميكانيكي.

تعليق: نلمح في الارتباطات السابقة أنها قد ألقت الضوء على طبيعة علاقة تلك الاختبارات بالمحكات نلخصها فيما يلي:

(أ) هناك ارتباطات تسير في الاتجاه المفترض أن يكون كعلاقة الفهم بالجزاءات وبمرات التردد على العيادة وكعلاقة سرعة الإدراك بالجزاءات والأجازات المرضية وكعلاقة التجميع الميكانيكي بالأجازات المرضية والأداء في العمل ومرات التنقل من عمل لآخر.

(ب) هناك ارتباطات لا تسير في الاتجاه المفترض أن يكون كعلاقة

الفهم بالأجازات المرضية والأداء في العمل ومرات التنقل من عمل لآخر، وكعلاقة سرعة الإدراك بمرات التردد على العيادة الطبية والأداء في العمل ومرات التنقل من عمل لآخر. وكعلاقة التجميع الميكانيكي بالجزاءات (٠,٣٣٠) وبالتردد على العيادة الطبية.

(جـ) نستخلص من ذلك أن هذه الاختبارات ذات قدرة تنبؤية بالنسبة لمحكات بعينها وليست لديها تلك الخاصية بالنسبة لمحكات أخرى.

(د) أن هذه الاختبارات أشتركت فيما بينها في التنبؤ بنواحي، إذا اشترك كل من الفهم وسرعة الإدراك في التنبوء بالجزاءات واشترك كل من سرعة الإدراك والتجميع الميكانيكي بالأجازات المرضية.

(هـ) أن اختبار التجميع الميكانيكي أعطى قيمة تنبؤية لمحك الأداء في العمل للتشابه في مضمون الاثنين. فعندما قدر المشرف أداء العامل كان يضع في الاعتبار أدار العامل في العمل تلك الخاصية الأخيرة والتي تتسق مع ما يحتويه اختيار التجميع من قياس الجوانب العملية.

(د) التحليل العاملي للارتباطات بين الاختبارات المميزة: لا تصلح معاملات الارتباط أو متوسطاتها في أن توضح لنا النظام العام الذي تتميز به هذه الارتباطات سوى أنها تعطينا تفسيرات جزئية من الصعب التأليف بينها. والأسلوب الذي يساعدنا على معالجة الارتباطات يكشف عن العامل الشائع بينها أي التنظيم الأساسي لها باستخدام التحليل العاملي.

والجدول (٦٥) يمثل لنا مصفوفة الارتباط الأولى للاختبارات المميزة :

		(١)	(٢)	(٣)
١	فهــم	—	٠٩٣ر٠	—١١٧ر٠
٢	سرعة ادراك	٠٩٣ر٠	—	٣٢٧ر٠

		(١)	(٢)	(٣)
٣	تجميع ميكانيكى مجموع س + قطرى	ـ١١٧ر. ٠٩٣ر.	٣٢٧ر. ٧٤٧ر.	— ٥٣٧ر.
	التشبع	٠٧٩ر.	٦٣٨ر.	٤٥٨ر.

جدول (٦٥) عن مصفوفة الارتباط الأولى لاختبارات القدرات

ويبين الجدول (٦٦) الاختبارات مرتبة حسب تشبعاتها باستخدام التحليل العاملي بطريقة ترستون المركزية وذلك للارتباطات بين اختبارات القدرات.

رقم	المتغيـــــر	التشبع
١	ســـــرعة الإدراك	٦٣٨ر.
٢	التجميـــــع الميكانيكى	٤٥٨ر.
٣	الفهـــــــم	٠٧٩ر.

جدول (٦٦) عن تشبعات اختبارات القدرات

ونجد أن التشبع الوحيد الدال هو تشبع اختبار سرعة الإدراك. وبالنظر لتلك التشبعات جميعاً وما تقيسه اختباراتها من وظائف مثل: سرعة مقارنة الأشكال، وإدراك العلاقات، وتذكر أوضاع الأشياء، والخبرة الواقعية، فإننا نقترح تسميته بعامل: سرعة إدراك العلاقات المكانية.

ثانياً: نتائج مقياس الروح المعنوية

يتضح من النتائج التالية قدرة هذا المقياس في الكشف عما نفترضه من أن الروح المعنوية، عامل له دوره في توافق العامل في مهنته، وبالتالي لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية أي أننا نتوقع أن تكون الروح المعنوية، أو جوانب منها فقط، لدى المرضى السيكوسوماتيين منخفضة عن الأسوياء بدرجة دالة إحصائياً.

ويبين لنا الجدول (٦٧) الفروق على متغيرات الروح المعنوية بين المرضى والأسوياء:

(أ) الفروق بين المجموعتين على متغيرات الروح المعنوية

وفيما يلي الجدول (٦٧) عن دلالة الفرق في الروح المعنوية بين المجموعة التجريبية والضابطة.

رقم	المتغيرات	تجريبية		ضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	قدرة الإشراف على تنظيم العمل	٣ر٢٦	٢ر٠٤	٤ر٧٢	١ر٣٦	٢ر٧٥	٠ر٠٥
٢	مزايا العاملين	٢ر٧٦	١ر٦٤	٣ر٤٨	١ر٥٨	١ر٥٣	ليس له دلاله
٣	الود والتعاون بين العاملين	٤ر١٤	٢ر٨٥	٥ر٢٠	١ر٥٠	١ر٦٣	"
٤	علاقة العمال بالمشرفين	٥ر٥٨	٢ر٢٢	٦ر٦٤	١ر٣٦	٢ر٠٠	"
٥	كفاءة الإدارة	٤ر٢٦	١ر٣٦	٥ر٣٤	١ر١١	٣ر٠٠	٠ر٠١
٦	المكانة والتقدير	٣ر٩٤	٠ر٩٠	٤ر٢٦	٠ر٤٥	٣ر٢٠	٠ر٠١
٧	الأمنة في العمل	٥ر٢٦	١ر٨٦	٦ر٦٦	١ر٠٤	٣ر٠٤	٠ر٠١
٨	التوحد مع الشركة	٥ر٥٦	١ر٦٤	٦ر٤٢	٠ر٩٣	٢ر٢٠	٠ر٠٥
٩	أعراض الروح المعنوية	٤ر٠٢	١ر٨٠	٥ر٤٨	١ر٤٠	٣ر١٠	٠ر٠١

جدول (٦٧) عن الفروق بين المجموعتين في متغيرات الروح المعنوية

ويتضح من الجدول (٦٧) أن الاتجاه العام للمتوسطات يشير إلى أن الروح المعنوية بوجه عام لدى المرضى منخفضة عنها لدى الأسوياء، لكننا نجد أن المرضى يتماثلون مع الأسوياء في بعض جوانب الروح المعنوية، أي لا يوجد بين المجموعتين فرق دال فيهما مثل متغيرات: مزايا العاملين، والود والتعاون بين العاملين، وعلاقة العمال بالمشرف. وقد يرجع ذلك بالنسبة لمتغير مزايا العاملين والذي يلمس الجوانب المادية للروح المعنوية من ناحية إلى تماثل المجموعتين في الأجر. ومن ناحية أخرى إلى أن هناك بحوثاً أكدت أن متغير الأجر وفرص الترقي وهو متغير يتشابه إلى حد كبير بمتغير مزايا العاملين لا يرتبط بالروح المعنوية، كما أنه في بحث «تشخيص وقياس الروح المعنوية في الصناعة» لم يميز هذا المتغير بين المجموعات المختلفة.

أما متغير الود والتعاون بين العاملين فيرجع عدم وجود فرق بين المجموعتين إلى ما أكدته نتائج الاختبار السوسيومتري والتي سنراها فيما بعد من أن المجموعتين التجريبية والضابطة لم يوجد فرق بينهما في جانب: العلاقات الداخلية وعي العلاقات بين العاملين في مجال العمل والتي يكشف عنها اختبار العمال بعضهم لبعض في بعض مواقف العلاقات داخل العمل.

أما تماثل المجموعتين في متغير علاقة العمال بالمشرف فإننا لا نجد لدينا ما يفسره سوى أن هذا المتغير قد لا تكون له علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي.

(ب) الفروق بين بعض فئات الاضطراب السيكوسوماتي والأشوياء

نقدم فيما يلي نتائج الفروق بين الأسوياء وبين مرضى الجهاز المعدي معوي ومرضى جهاز القلب والأوعية الدموية وعدد الأسوياء ثمانية وعدد المرضى في كل جهاز ثمانية أيضاً.

١ ـ الفروق بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء

وبين الجدول (٦٨) الفروق في الروح المعنوية بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء.

رقم	متغيرات الروح المعنوية	مجموعة المرضى		مجموعة الأسوياء		قيمة « ت »	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	قدرة الإشراف على التنظيم	٤٫٢٥	١٫٥١	٤٫٨٧	٠٫٥٩	٠٫٨٥	ليس له دلاله
٢	كفـاءة الإدارة	٣٫٥٠	١٫٥٠	٥٫٢٥	٠٫٣٥	٢٫٦١	٠٫٠٥
٣	المكانة والتقدير	٣٫٦٣	٠٫٤٨	٣٫٨٨	٠٫١٠٢	٠٫٣٦	ليس له دلالة
٤	الأمنة فى العمل	٤٫٣٨	١٫٨٧	٦٫٣٨	٠٫٩٨	٢٫٥٠	٠٫٠٥
٥	التوحد مع الشركة	٤٫٣٨	١٫٧٢	٦٫١٣	٠٫٩٢	٢٫٤٤	٠٫٠٥
٦	أعراض الروح المعنوية	٣٫٠٠	١٫٥٠	٤٫٨٨	١٫٢٦	٢٫٥٤	٠٫٠٥
٧	مزايا العاملين	٢٫٠٠	١٫٥٠	٢٫٦٣	٠٫٨٤	١٫٠٠	ليس له دلالة
٨	الود والتعاون	٤٫٦٣	١٫٣١	٥٫٦٣	١٫٥٧	١٫٣٧	«
٩	علاقة العمال بالمشرف	٥٫٠٠	١٫٤١	٥٫٥٠	١٫٠٠	٠٫٧٦	«

جدول (٦٨) عن دلالة الفرق بين مرضى الجهاز المعدى والأسوياء

ويتضح من الجدول (٦٨) أنه إلى جانب المتغيرات السابقة التي تماثلت فيها المجموعتين الأصليتين من المرضي والأسوياء مزايا العاملين، الود والتعاون بين العاملين، وعلاقة العمال بالمشرف فإن هناك متغيرات أخرى إلى جانب هذه المتغيرات لم تميز بين المجموعتين مثل: المكانة والتقدير، وقدرة الإشراف على تنظيم العمل. وتوفير متطلباته والتفسير الذي نستطيع أن نقدمه بالنسبة لتماثل مرضى الجهاز المعدي مع الأسوياء في متغير المكانة والتقدير قد كشفت عنه البحوث الدينامية (دنبار

ـ الكسندر) من أن مرضى القرحة في حاجة إلى العطف والحب لا شعورياً بالطبع، ولكن ما يكشف عنه سلوكهم يظهر أنهم هم الذين يعطون ويبذلون للآخرين، فلا حاجة يطلبونها من الآخرين.

أما بالنسبة لمتغير قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته فإن تماثل مرضى الجهاز المعدي مع الأسوياء يتسق مع ما سبق أن قلناه.

٢ ـ الفروق بين مرضى القلب والأوعية وبين الأسوياء

ويوضح الجدول (٦٩) الفروق بين مرضى القلب والأسوياء في متغيرات الروح المعنوية:

رقم	المتغيرات	مرضى الجهاز المعدى معوى		مرضى القلب والأوعية		قيمة « ت »	مستوى الدلالـة
		م	ع	م	ع		
١	قدرة الإشراف	٤ر٢٥	١ر٥١	٤ر١٣	١ر٥٧	٠ر١٤٦	ليس له دلاله
٢	كفاءة الإدارة	٣ر٥٠	١ر٥٠	٣ر٥٠	٢ر١٧	صفر	» »
٣	المكانة والتقدير	٣ر٦٣	٠ر٤٨	٣ر٥٠	١ر٠٠	٠ر٩٤	» »
٤	الأمنة فى العمل	٤ر٣٨	١ر٨٧	٥ر٢٥	١ر٩٥	١ر٧٩	» »
٥	التوحد مع العمل	٤ر٣٨	١ر٧٢	٥ر٢٥	١ر٩٥	٠ر٩٠	» »
٦	أعراض الروح المعنوية	٣ر٠٠	١ر٥٠	٤ر٣٨	١ر٥٩	١ر٦٧	» »
٧	الدرجة الكلية للروح المعنوية	٢٣ر١٣	٦ر٦٦	٢٥ر٧٥	٨ر٩٠	٠ر٦٢	» »

جدول (٦٩) عن الفروق فى متغيرات الروح المعنوية بين مرضى الجهاز المعدى معوى ومرضى القلب

ورغماً من عدم وجود دلالة بين المجموعتين، إلاّ أننا نلاحظ أن الـروح المعنـوية ترتفـع لـدى مجمـوعة الجهـاز المعـدي في جـانـب قـدرة

الإشـراف والمكانة والتقدير بينما تنخفض لدى مجموعة القلب بالنسبة لهذه المتغيرات بناء على المتوسط، كما ترتفع الروح المعنوية لدى مجموعة القلب والأوعية في جوانب الأمنة في العمل، والتوحد مع الشركة، والدرجة الكلية للروح المعنوية وتنخفض لدى مرضى الجهاز المعدي معوي في هذه الجوانب. كما تتماثل الروح المعنوية بين المجموعتين في متغير كفاءة الإدارة.

أما متغير أعراض الروح المعنوية فيشير المتوسط عليه إلى أن مرضى الجهاز المعدي أعلى من مرضى القلب في الروح المعنوية.

(٣) العلاقة بين متغيرات الروح المعنوية المميزة وبين محكات العمل

يوضح الجدول (٧٠) العلاقة بين متغيرات الروح المعنوية الست المميزة بين المرضى والأسوياء وبين المحكات:

رقم	متغيرات الروح المعنوية / محكات العمل	الجزاءات	الأجازات المرضية	مرات التردد على العيادة	الأداء فى العمل	التنقل من عمل لآخر
١	قدرة الإشراف	٠ر١٩٥	٠ر٣٣٠	—٠ر٠٨٧	٠ر١٣١	—٠ر٠٥٦
٢	كفاءة الإدارة	٠ر٠٢٤	٠ر٠٨٥	—٠ر٠٧١	—٠ر٠٤١	—٠ر١٨٩
٣	المكانة والتقدير	٠ر٢٩٠	٠ر٣٦١	٠ر٠١٨	٠ر١٤٢	٠ر٠٢٠
٤	الأمنة فى العمل	٠ر١٢٥	٠ر٢١٤	—٠ر١٦٥	—٠ر٠٢٩	—٠ر٠١٦
٥	التوحد مع الشركة	٠ر٢١٦	٠ر٣٠٠	—٠ر٠٨١	—٠ر٠٣٣	٠ر٠٥٧
٦	أعراض الروح المعنوية	٠ر١١٤	—٠ر١١٦	٠ر١٨٨	٠ر١٩٠	٠ر١٠٩
٧	الدرجة الكلية للروح المعنوية	٠ر٠٥٥	٠ر١٨٦	—٠ر٣٢٢	٠ر٠٤٩	—٠ر٠٦٩

جدول (٧٠) عن علاقة متغيرات الروح المعنوية بالمحكات

ونناقش فيما يلي علاقة كل متغير من هذه المتغيرات بالمحكات:

(١) علاقة قدرة الإشراف بالمحكات: تتمثل قدرة الإشراف في تحسين أحوال العمل وظروفه بحيث تزيد من الإنتاج، وفي تقليل إصابات العمل وفي نجيهز أدواته وفي شرح مراحل العمل للعمال وعدم وضع العقبات أمامهم. كما أنه يمكن أن يتضمن هذا المتغير مسألة عقاب أو توقيع الجزاء على كل سلوك يصدر من جانب العمال ويكون من شأنه إعاقة الإنتاج أو التأثير على الكفاية الابنتاجية للزملاء، والمثال على ذلك العامل الذييكثر غيابه بدون إذن فإن ذلك يترتب عليه أن زميله في الوردية السابقة سيستمر في العمل بدلاً من المتغيب لكن مستوى أداءه سيكون منخفضاً.

ولهذا نجد أن علاقة قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته بالجزاءات علاقة موجبة، وهي وإن كانت غير دالة ومنخفضة إذ تصل إلى ٠,١٩٥ إلا أنها تشير إلى أن إعطاء الجزاءات سواء كان بسبب مخالفة العامل للتعليمات أو إساءة اسخدام الآلة أو الغياب بدون إذن يدخل في نطاق قدرة الإشراف على تنظيم العمل. كذلك الأمر بالنسبة لعلاقة هذا المتغير بالأجازات المرضية والتي تصل إلى ٠,٣٣٠ وهي علاقة موجبة ومرتفعة بعض الشيء لأنها تدخل ضمن لوائح ونظم العمل التي تحددها.

أما علاقة ذلك المتغير بالأداء في العمل فهي علاقة موجبة وإن كانت منخفضة وغير دالة إذ تصل إلى ٠,١٣١ إنما تشير إلى ما هو مفترض أن يكون، فكلما وفر المشرف للعامل الوسائل والأدوات اللازمة للإنتاج كلما زاد أداءوه.

كذلك أيضاً فالعلاقة بكل من التردد على العيادة الطبية والتنقل من عمل لآخر، وإن كانت قريبة من الصفر (على التوالي ـ ٠,٠٨٧، ـ ٠,٠٥٦) إلاّ أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون، فكلما توفر للعامل امكانيات العمل كلما ارتبط بعمله عن أن يتركه لعمل أخر أو للعيادة الطبية.

(٢) علاقة كفاءة الإدارة بالمحكات: وتتمثل كفاءة الإدارة في تحديد ساعات العمل المناسبة والتي لا ترهق العامل، وفي العمل على بث روح التعاون بين أقسام العمل المختلفة وفي تحديد تعليماتها للعمال بحيث يعرف كل عامل ما له وما عليه. ونجد أن علاقة هذا المتغير بالجزاءات تصل إلى ٠,٠٢٤ وهي علاقة وإن كانت موجبة إلّا أنها غير دالة بل وقريبة من الصفر ولا يمكن تقديم تفسير لها. كذلك الأمر بالنسبة لعلاقة هذا المتغير بالأجازات المرضية إذ تصل إلى ٠,٠٨٥ وكذلك الأمر بالنسبة لعلاقته بالتردد على العيادة إذ تصل إلى ـ ٠,٠٧١، وبالأداء في العمل إذ تصل إلى ـ ٠,٠٤١.

أما علاقة هذا المتغير بالتنقل من عمل لآخر تصل إلى ٠,٠١٨٩ وتسير هذه العلاقة في الاتجاه المفترض أن يكون فكلما زادت كفاءة الإدارة كلما قل تنقل العامل من عمله.

(٣) علاقة المكانة والتقدير بالمحكات: يعني متغير المكانة والتقدير وضع العامل في المكان المناسب أي الذي له خبرة وتدريب فيه، وشعور العامل بقيمة عمله أمام الناس وفي نظر رؤسائه بالشركة.

أما عن علاقة هذا المتغير بالجزاءات فهي مرتفعة بعض الشيء وإن كانت غير دالة إذ تصل إلى ٠,٢٩٠ ولا تتمشى في نفس الوقت مع ما هو مفترض أن يكون، إلا أنه يبدو أن هناك سمات شخصية معينة وجوانب انفعالية لدى هؤلاء المرضى مما يجعل هذا الارتباط يسير على هذا النحو.

أما علاقة هذا المتغيرات بالأجازات المرضية فهي موجبة ومرتفعة بعض الشيء وتصل إلى ٠,٣٠٦ ومن المحتمل أن يرتبط ارتفاع مكانة العامل في عمله باستطاعته الحصول على الأجازة المرضية من الأطباء، وقد تكون تلك المكانة المرتفعة راجعة لمرضه.

أما علاقة هذا المتغير بالتردد على العيادة فهي علاقة تكاد تكون صفرية إذ تصل إلى ٠,٠١٨ كذلك الأمر بالنسبة للتنقل من عمل لآخر.

أما علاقة هذا المتغير بالأداء في العمل فتصل إلى ٠,١٤٢ وهي تسير في الاتجاه المفترض أن يكون.

(٤) **علاقة الأمنة في العمل بالمحكات**: ويعني هذا المتغير أن الشركة تعطي للعامل الفرصة لإبداء رأيه ووجهة نظره بحرية وبصراحة دون اضطهاد، كما يعني شعور العامل بالأمن وعدم رغبته في تغيير عمله إلى عمل آخر يضمن له أمناً أكثر أي شعور العامل بالاطمئنان وعدم استغناء الشركة عنه. ونجد أن العلاقة بين هذا المتغير ومحك الجزاءات وإن كانت منخفضة بعض الشيء إذ تصل إلى ٠,١٢٥ إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون، أي أنه كلما زاد العامل أمناً في عمله كلما قلت مخالفاته وشكاواه وإصاباته وهكذا.

أما علاقة هذا المتغير بالأجازات المرضية والتي تصل إلى ٠,٢١٤ فإنه من الممكن بالنسبة لها تقديم نفس التفسير السابق الخاص بالجزاءات، رغماً من أن الأجازات المرضية تحددها لوائح في العمل وتكون بسبب المرض.

وأما عن علاقة هذا المتغير بالتردد على العيادة الطبية والذي يصل إلى ـ ٠,١٦٥ وهي علاقة وإن كانت منخفضة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون، فكلما زاد شعور الفرد بالأمن في العمل كلما قل تردده على العيادة. كذلك فإن علاقة هذا المتغير بالأداء في العمل تصل إلى ـ ٠,٠٢٥ فهي تكاد تكون صفرية، كذلك نفس الشيء بالنسبة لمرات التنقل من عمل لآخر إذ تصل إلى ـ ٠,٠١٦.

(٥) **علاقة التوحد مع الشركة بالمحكات**: يتمثل هذا المتغير في تمسك العامل بعمله وعدم رغبته في الانتقال لعمل آخر مهما قدم له من إغراءات ومزايا.

وأما علاقة هذا المتغير فهي علاقة موجبة إذ تصل إلى ٠٠,٢١٦، ورغماً عن أنها ليست مرتفعة أو دالة إلا أنها تشير إلى أن العامل رغماً من

أنه متمسك بعمله ولا يرغب في تركه مهما كانت الظروف إلا أن جزاءاته تزيد في اتجاه زيادة شعوره بالتوحد مع الشركة.

كذلك فإن علاقة هذا المتغير بالأجازات المرضية تصل إلى ۰,۳۰۰ وهذه العلاقة تشير إلى أن العامل يتوحد أكثر مع عمله لأنه يحصل على أجازاته المرضية بسبب مرضه نتيجة العمل.

كما أن علاقة هذا المتغير بالتردد على العيادة وإن كانت قريبة من الصفر إذ تصل إلى ـ ۰,۰۸۱ إلا أنها تسير في الاتجاه الطبيعي.

أما علاقة هذا المتغير بالأداء في العمل (ـ۰,۰۳۳) وإن كانت لا تسير في الاتجاه المفترض، رغماً من قربها من الصفر، إلاّ أنها قد تشير إلى عوامل انفعالية معينة أو عوامل لا شعورية مثل التكوين العكسي Reaction- Formation والذي يعني أنه رغماً من إظهار التوحد بالشركة إلا أن هذا يخفي مشاعر عدم التوحد والذي يظهر في عدم قيام العامل مع زملائه بالعمل الجماعي والذي يدل دلالة حقيقية على التوحد.

(٦) علاقة متغير أعراض الروح المعنوية بالمحكات: يشير هذا المتغير إلى الأعراض السيكوباثولوجية المرتبطة بمواقف العمل كالشعور بالضيق، وعدم الرغبة في العمل والشعور بالتعب والإنهاك والرغبة في ترك العمل. وإننا نجد أن علاقة هذا المتغير بالشعور بالتعب والإنهاك والرغبة في ترك العمل. وإننا نجد أن علاقة هذا المتغير بالجزاءات وإن كانت منخفضة وغير دالة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون إذ تصل إلى ۰,۱۱٤ فزيادة الضيق والشعور بالتعب وصعوبة العمل تقترن بزيادة الجزاءات المتمثلة في الغياب بدون إذن ومخالفات تعليمات العمل والشكاوى كما أن علاقة هذا المتغير بالإجازات المرضية تصل إلى ـ ۰,۱۱٦ ورغماً من أنها غير دالة ومنخفضة إلا أنها لا تسير في الاتجاه المفترض أن يكون إذ أن الملل والضيق من العمل، والشعور بصعوبته والحاجة لتركه يقترن به زيادة في الإجازات المرضية.

كما أن علاقة هذا المتغير بالتردد على العيادة تصل إلى ٠,١٨٨ وهي علاقة وإن كانت منخفضة وغير دالة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون. وتصل علاقة هذا المتغير بالأداء في العمل ٠,١٩٠ وهي علاقة وإن كانت منخفضة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون أي أن زيادة القلق الذي تعكسه أعراض الروح المعنوية قد يقترن به زيادة في الأداء.

كما أن العلاقة بالانتقال من عمل لآخر تبلغ ٠,١٠٩ وإن كانت منخفضة إلا أنها تسير في الاتجاه المفترض أن يكون.

تعليق: من التفسيرات السابق تقديمها للارتباطات بين متغيرات الروح المعنوية المختلفة وبين محكات العمل نلمح:

(أ) أن هناك علاقات تسير في الاتجاه المفترض أن تكون فيه كعلاقة متغير قدرة الإشراف بالأداء في العمل، والتردد على العيادة، والتنقل من عمل لآخر، وكعلاقة متغير كفاءة الإدارة بالتردد على العيادة، والتنقل من عمل إلى عمل لآخر، ومثل علاقة متغير المكانة والتقدير بالأداء في العمل، وكعلاقة متغير الأمنة في العمل بالتردد على العيادة والتنقل من عمل لآخر، ومثل علاقة متغير التوحد مع الشركة بالتردد على العيادة، وكعلاقة متغير أعراض الروح المعنوية بالجزاءات وبالتردد على العيادة وبالتنقل من عمل لآخر.

(ب) أن هناك علاقات لا تسير في الاتجاه المفترض أن يكون وذلك مثل علاقة متغير قدرة الإشراف بالجزاءات وكعلاقة كفاءة الإدارة بالجزاءات والأداء، والأجازات المرضية، والتردد على العيادة، والتنقل من عمل لآخر. وكعلاقة متغير الأمنة في العمل بالجزاءات والأجازات المرضية والأداء في العمل. ومثل علاقة متغير التوحد مع الشركة بالجزاءات، والإجازات المرضية، والأداء في العمل، والانتقال من عمل لآخر. وكعلاقة متغير أعراض الروح المعنوية بالإجازات المرضية، والأداء في العمل.

(جـ) نستخلص من ذلك أن هذه المتغيرات ذات قدرة تنبؤية بالنسبة لنواحي معينة وليست لديها القدرة على التنبؤ بالنسبة لنواحي أخرى.

(د) كما أن هذه الاختبارات اشتركت فيما بينها في التنبؤ بنواحي إذ اشتركت متغيرات قدرة الإشراف وكفاءة الإدارة والأمنة في العمل وأعراض الروح المعنوية بالتنبؤ بالتنقل من عمل لآخر كما اشتركت هذه المتغيرات إلى جانب متغير التوحد مع الشركة والتردد على العيادة الطبية.

(هـ) أن متغير المكانة والتقدير لم يعط تنبؤاً إلا بمحك الأداء في العمل فقط.

(و) أن محك الجزاءات لم يعط قيمة تنبؤية إلا من خلال متغير أعراض الروح المعنوية.

وأن التفسير الذي نستطيع أن نقدمه بالنسبة إلى أن بعض الارتباطات لم تسر في الاتجاه المفترض أن تكون فيه هو ذلك الذي قدمه لنا براون Brown في كتابه: علم النفس الاجتماعي في الصناعة عندما قال: إن أعراض الإحباط في المصنع هي: النقد الزائد للإدارة، والقيل والقال، والغياب، والإنتاجية المنخفضة مما يؤدي إلى صب الإدارة لغضبها على العمال وهذا سيؤدي إلى إحباط أشد والنتيجة النهائية كراهية مكتومة، كما أن الطريقة النهائية لتعامل العمال قد تتساوى جزئياً مع ما وصفه السيكولوجيون بأنه «الاستسلام» أو التبلد. وهذه هي عملية الانعكاس حيث تفشل الكراهية لأسباب عديدة في أن تجد مخرجاً فترتد إلى الفرد نفسه، مسببة كراهية الذات أو الاكتئاب. وقد ينتج الانعكاس هذا من ثلاث مواقف عامة أولها: قد تكون المنافذ الخارجية مسدودة ولا يستطيع الفرد التخلص من استيائه.

وثانيها: وهو الذي ينبني عليه تفسيرنا للارتباطات غير المتمشية مع ما هو مفترض قد يكون من المستحيل مهاجمة مصدر الإحباط لأنه محبوب أيضاً وهذا موقف من الحب والكراهية أو ما وصفه الأطباء النفسانيون بالتناقض الوجداني الذي يحس به الفرد تجاه موضوع واحد.

وقد لمحنا في الارتباطات التي لا تسير في الاتجاه المفترض أن يكون والذي تشير عامة إلى أنه رغماً من الروح المعنوية المرتفعة تجاه الإدارة والإشراف إلا أن هناك مخالفات لتعليمات العمل، وإساءة استخدام الآلة، والغياب دون إذن أي أعراض للكراهية الموجهة لنفس الموضوع.

وثالثها: أن هناك بعض الأفراد الذين شبوا على الاعتقاد بأن أي شكل من العدوان هو عمل خاطىء وقد يؤدي هذا الخوف من عدوانهم إلى الانعكاس، الذي يؤدي بدوره إلى الاكتئاب الشديد أو محاولة الانتحار أو الأمراض السيكوسوماتية كارتفاع ضغط الدم(*) . كما أننا نلمح في علاقة متغير كفاءة الإدارة بالأداء علامات سوء التوافق المهني.

(د) التحليل العاملي لمتغيرات الروح المعنوية المميزة والمحكات:

لا شك أن معاملات الارتباط قد أمدتنا بالكثير عن طبيعة العلاقة بين متغيرات الروح المعنوية وبين المحكات إلاّ أننا في حاجة للتأكد من:

(١) أن متغيرات الروح المعنوية تقيس نفس الشيء.
(٢) أن هذه الارتباطات تتمشى مع افتراضاتنا أم لا.

ورغماً من أن هذه الارتباطات قد كشفت لنا عن الكثير من جوانب الروح المعنوية وزودتنا بموجهات ـ كما سبق أن ذكرنا ـ إلا أننا رأينا أن هذه الارتباطات سارت في اتجاهات متناقضة فبعضها يتمشى مع افتراضاتنا والآخر لا يتسق معها.

لذلك رأينا تفسير تلك التناقضات بعد الكشف عن الاتجاه العام لهذه الارتباطات. أي ما هي الارتباطات التي تتجمع مع بعضها البعض، وما هو الاتجاه العام لهذا التجمع، ولماذا تجمعت هذه الارتباطات بعضها مع بعض في إطار واحد. وطبيعي أن منهج التحليل العاملي هو الذي يعيننا على فهم تلك الجوانب.

(*) أ. براون ـ علم النفس الاجتماعي في الصناعة، دار المعارف، ص ٢٧٧، ٢٧٨.

ويبين الجدول (٧١) التشعبات المستخرجة من مصفوفة الارتباط لأولى(*) السابقة باستخدام الطريقة المركزية لثرستون:

رقم	المتغيـــــر	التشبع
١	المكانة والتقدير وعلاقة العامل بعمله	٩٦٣ر.
٢	قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته	٨٩٥ر.
٣	الأمنة فى العمل	٨٦٩ر.
٤	التوحد مع الشركة	٧٧٢ر.
٥	كفاءة الإدارة	٧٠٨ر.
٦	أعراض الروح المعنوية	٦٠٧ر.
٧	الجزاءات	٢٣٢ر.
٨	الأجازات المرضية	٣٢٥ر.
٩	الأداء فى العمل	٠٩٢ر.
١٠	الدرجة الكلية للروح المعنوية	٩٢٩ر.

جـدول (٧١) عن تشبعات متغيرات الروح المعنوية

وفيما يلي الجدول (٧٢) والذي يوضح المتغيرات بتشعباتها من مصفوفة بواقي العامل الأول:

(*) عدد ارتباطات هذه المصفوفة ٤٥ خمسة وأربعون، ونسبة الارتباطات الدالة عند ١.ر. تبلغ ٤٤,٤٪، وعدد ارتباطات متغيرات الروح المعنوية فقط ٢٨ ثمانية وعشرون ونسبة الارتباطات الدالة عند ١.ر. تبلغ ٩٦,٤٪.

التشبــــع	المتغــــــير
٠٩٤ر٠	قــدرة الإشـــــراف
٢٦٤ر٠	كفــاءة الإدارة
٠٩٠ر٠	المكــانة والتقــديـر
١٠٤ر٠	الأمنـــــة فى العمـــل
١٦٨ر٠	التــوحد مع الشـــركة
٣٨٨ر٠	أعـراض الروح المعنوية
٢٤٦ر٠	الدرجـــة الكليـــة
٢٤٨ر٠	الجـزاءات
٣٢٧ر٠	الأجـــازة المرضية
٤٩١ر٠	الأداء فى العمـــل
+ ٢٢ر١٠ − ٢٠٠ر١٠	مجـــ + −
+ ٠٢٠ر٠	الفـــــرق

جـدول (٧٢) عن تشبعات العامل المركزى الثانى لمتغيرات الروح المعنوية
تدوير المحاور Rotation of Axes

استخدمنا التدوير المتعامد orthogonal Rotation الذي يحتفظ بالتعامد القائم بين العوامل الأصلية ويدل على أن معاملات ارتباط العوامل يساوي صفراً وذلك لما يتميز به عن التدوير المائل Oblique R. من استقلال أي عدم ارتباط المحاور، وبساطة تناوله إحصائياً وحسابياً بالرسم

البياني، كذلك فإن زواياه ثابتة بين المحاور لا تختلف باختلاف العينة كما في التدوير المائل(*).

المعادلة الأساسية لعملية التدوير

تعتمد المعادلة الأساسية للتدوير على جيب زاوية التدوير وجيب تمامها وذلك حسب اتجاه المحورين، ولما كانت العملية الوحيدة التي أجريناها في البحث سارت تجاه عقرب الساعة Clockwise Rotation فإن المعادلة التي حسبت بها العوامل المتعامدة تكون كالآتي:

ت ١ بالعامل الأول: = ت ١ بالعامل السابق × جيب تمام زاوية التدوير
- ت ٢ بالعامل السابق × جيب زاوية التدوير.

ت ٢ بالعامل الثاني: = ت ١ بالعامل السابق × جيب زاوية التدوير - ت ٢ بالعامل السابق × جيب تمام زاوية التدوير.

ويتخلص ذلك الجزء من تلك المعادلة تسهيلاً للعمليات الحسابية في:

ت خ ١ = ت ١ جتا (- ت ٢ جـ ١)

ت خ ٢ = ت ٢ جتا (- ت ١ جـ ١)

ويمثل الجدول (٧٣) خطوات عملية التدوير البياني التي تمت:

(*) محمود أبو النيل ـ القدرات الحركية، ص ١٨٧، ص ١٨٨.

جتا	جا	زاوية التدوير	اتجاه المحور الأفقى	العوامل بعد التدوير	العوامل الأصلية	رقم العملية
٩٦١٣	٢٧٥٦	١٦°	تجاه عقرب الساعة	١ ، ٢ ١ ١	١ ، ٢	ح ١

جدول (٧٣) من خطوات عملية التدوير البياني

«معايير التركيب البسيط التي ينبني عليها التدوير ومحكات عملية التدوير»:

يذهب ثرستون إلى أن العوامل المركزية لا يمكن تفسيرها إلا بعد إدارة المحاور بتحويل نمط التشبعات إلى التركيب البسيط Simple Structure.

ويوجه سبيرمان Spearman النقد لهذه العملية حيث يقرر أن إدارة المحاور حتى نحصل على أقصى عدد من التشبعات الصفرية ينتج عنه تقسيم العامل العام إلى عدد من العوامل الصغيرة عديمة الدلالة ويؤيد سيرل بيرت C.Burt سبيرمان، إلا أن ثرستون دحض رأيهم بأن إدارة المحاور توصل لنفس العوامل بتحليل نفس الاختبارات في بطاريات مختلفة وتؤيد دراسات جلفورد وكوكس رأيه هذا.

ويحدد ثرستون معايير التركيب البسيط فيما يلي:

أولاً: لا بد أن يحتوي كل صف في التحليل على تشبع صفري على الأقل (وهذا ما يسمى ببساطة الاختبار).

ثانياً: يحتوي كل عمود على عدد من التشبعات الصفرية يعادل عدد العوامل على الأقل (طائفية الاختبار).

ثالثاً: إذا أخذنا أي عمودين من أعمدة التشبعات ينبغي أن يكون بهما من الاختبارات التي تتلاشى تشبعاتها بأحد العاملين فقط دون أن تتلاشى تشبعاتها بالعامل الآخر معادلاً لعدد العوامل على الأقل (الاقتران البسيط).

رابعاً: بالنسبة للدراسات التي تتضمن أربعة عوامل أو أكثر، فيجب أن يكون هناك عدداً من المتغيرات ذات تشبعات صغيرة جداً بأي زوج من العوامل بحيث يمكن إهمالها، كما يجب أن يكون هناك أيضاً عدد قليل من المتغيرات بتشبعات ذات دلالة لأي زوج من العوامل. وهذه المعايير تنطبق على التدوير المائل بسهولة أكبر عما يحدث مع التدوير المتعامد.

ويورد كاتل (1944,2) محكات عملية التدوير على النحو التالي بحيث تصبح كل التشبعات موجبة أو صفرية. وهي تدوير المحاور لكي تتفق مع الاكتشافات السيكولوجية أو الإكلينيكية، وذلك بمرور المحاور خلال تجمعات المتغيرات أو الأعراض المعروف وجودها في هذه الاكتشافات، كذلك تدوير المحاور لتتفق مع العوامل السابقة في التحليلات السابقة، ثم تدويرها لوضعها خلال مراكز التجمعات، كذلك تدوير المحاور لتتفق مع العوامل المتعامدة التي يكشف عنها بالتالي.

وأخيراً تدوير المحاور لإنتاج تشبعات تتفق مع التوقعات النفسية العامة (٧٥: ٥١).

العوامل المتعامدة التي سيتم تفسيرها

يوضح الجدول (٧٤) العامل المتعامد الأول والثاني والتسمية المقترحة لهما وتشبعات متغيراتهما:

رقم	العامل الأول : الروح المعنوية	التشبع	العامل الثانى : أعراض الروح المعنوية	التشبع
١	المكانة والتقدير	٩٣ر٠	أعراض الروح المعنوية	٥٨ر٠
٢	الأمنة فى العمل	٨٤ر٠	الأداء فى العمل	٥٠ر٠
٣	قدرة الإشراف على تنظيم العمل	٨٠ر٠	قدرة الإشراف	٤١ر٠
٤	التوحد مع الشركة	٧٣ر٠	الجزاءات	٣٥ر٠
٥	كفاءة الإدارة	٧٦ر٠	المكانة والتقدير	٢٦ر٠
٦	أعراض الروح المعنوية	٤٥ر٠	الأجازات المرضية	١٩ر٠
٧	الأجازات المرضية	٣٢ر٠	الأمنة فى العمل	١٩ر٠
٨	الجزاءات	٠٩ر٠	التوحد مع الشركة	٥٩ر٠
٩	الأداء فى العمل	٠٨ر٠	كفاءة الإدارة	صفر

جدول (٧٤) عن العوامل المتعامدة للروح المعنوية

(ثالثاً): نتائج قائمة كورنل

سبق أن أوضحنا الدور الذي تلعبه العوامل الانفعالية في توافق الإنسان في مهنته، ومجمل القول أنه من المحتمل في حالة عدم توفر القدر المناسب من هذه العوامل وهو ما يطلق عليه عدم الثبات والاتزان الانفعالي فإن توافق الإنسان في عمله يسوء ويضطرب ويقترن بذلك الأخير أي الاضطراب السيكوسوماتي.

ويتضح ذلك في أننا نتوقع أن تكون استجابات المرضى السيكوسوماتيين على قائمة كورنل Cornell I أعلى بدرجة دالة إحصائياً من استجابات أفراد المجموعة الضابطة.

(أ) حساب دلالة الفروق بين المجموعة الكلية من المرضى والأسوياء على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

يوضح الجدول (٧٥) الآتي المتوسطات والانحرافات المعيارية على المقاييس العشر الفرعية للقائمة، والدرجة التائية للفروق بين المجموعتين ومستوى دلالة الفروق:

رقم	مقاييس قائمة كورنل	التجريبية		الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	الخوف وعدم الكفاية	٦٫٩٨	٣٫٣٠	٢٫٦٠	١٫٢٠	١١٫٥٢	٠٫٠١
٢	الاكتئاب	٣٫٥٤	٢٫١٩	١٫٤٠	٠٫٩٦	٤٫٥٤	٠٫٠١
٣	العصبية والقلق	٣٫٥٦	١٫٥٤	٠٫٩٤	٠٫٩١	٧٫٢٧	٠٫٠١
٤	أعراض التنفس والدورة	٣٫٠٠	١٫٧٨	٠٫٩٨	١٫٠٢	٤٫٣٩	٠٫٠١
٥	الفزع	٣٫٥٤	٢٫٣٤	٠٫٩٠	٠٫٧٤	٥٫١٧	٠٫٠١
٦	الاضطرابات السيكوسوماتية	٥٫٥٠	٢٫٧٩	١٫٤٨	١٫٥٣	٦٫١٨	٠٫٠١
٧	الخوف على الصحة	٥٫١٠	١٫٨٩	١٫١٤	٠٫٨٨	٨٫٦٠	٠٫٠١
٨	الجهاز المعدى معوى	٥٫٦٢	٢٫١٦	١٫٣٢	١٫٥٩	٨٫١١	٠٫٠١
٩	الحساسية والشك	٤٫٦٠	١٫٣٨	٣٫٢٠	١٫١٢	٣٫٨٠	٠٫٠١
١٠	السيكوباتية	٣٫٨٨	١٫٨٠	١٫٤٠	١٫٨٢	٤٫٨٦	٠٫٠١

جدول (٧٥) عن الفروق على مقاييس قائمة كورنل بين المجموعتين

ويتضح من الجدول (٧٥) أن جميع مقاييس القائمة تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين التجريبية والأسوياء مما يشير إلى أن النواحي العصابية والسيكوسوماتية التي تقيسها المقاييس الفرعية للاختبار، هي المميزة لهؤلاء المرضى وأن هذه العوامل تلعب دوراً كبيراً في سوء توافقهم المهني.

(ب) حساب دلالة الفروق بين المجموعات الفرعية من المرضى وبين الأسوياء على قائمة كورنل

وفيما يلي الفروق على قائمة كورنل بين مجموعة الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء وبين مجموعة القلب والأوعية الدموية والأسوياء.

أولاً: الفروق بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأوسياء

ويوضح الجدول (٧٦) دلالة الفرق بين مرضى الجهاز المعدي والأسوياء على قائمة كورنل.

رقم	مقاييس قائمة كورنل	الجهاز المعدى معوى		الأسوياء		قيمة « ت »	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	الخوف وعدم الكفاية	٥٫٢٥	٢٫٦٧	٢٫٦٣	١٫٤٠	٢٫٢٠	٫٠٥
٢	الاكتئاب	٢٫٥٠	١٫٧٣	٫٧٥	٫٨٢	٢٫٥٠	٫٠٥
٣	العصبية والقلق	٢٫٢٥	١٫٤٧	٫٣٨	٫٤٧	٣٫٢٢	٫٠١
٤	التنفس والدورة	١٫٥٠	١٫٨٧	٫٣٨	٫٦٩	١٫٢٩	ليس له دلالة
٥	الفزع	٢٫٢٥	٢٫٧٩	٫٥٠	٫٨٦	١٫٥٩	«
٦	السيكوسوماتيك	٤٫٣٨	١٫٧٢	٫٧٥	١٫٠٩	٤٫٧٧	٫٠١
٧	الخوف على الصحة	٤٫٢٥	١٫٥٠	٫٧٥	١٫٠٩	٥٫٠٠	٫٠١
٨	الجهاز المعدى معوى	٦٫٧٥	٢٫٣٣	١٫١٣	٫٨٢	٦٫٠٤	٫٠١

رقم	مقاييس قائمة كورنل	الجهاز المعدى معوى		الأسوياء		قيمة « ت »	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
٩	الحساسية والشك	٥٠ر٣	٨٦ر٠	١٣ر٣	٢٦ر١	٦٤ر٠	ليس له دلالة
١٠	السيكوباتى	٥٠ر٣	٧٣ر١	٧٥ر٠	٩٠ر٠	٦٦ر٣	٠١ر٠

جدول (٧٦) عن الفروق بين مرضى الجهاز المعدى معوى والأسوياء

ويتضح لنا من الجدول (٧٦) أن جميع المقاييس تميز بين المجموعتين تمييزاً دالاً ما عدا مقاييس التنفس والدورة الدموية والفزع والحساسية والشك، إذ يتماثل أفراد المجموعتين في الأعراض التي تقيسها هذه المقاييس وإن كان المتوسط يشير إلى وجود الاضطراب بصورة أعلى لدى مجموعة المرضى.

ثانياً: الفروق بين مرض القلب والأوعية الدموية والأسوياء

ويوضح الجدول (٧٧) الفروق بين مرضى القلب والأوعية وبين الأسوياء على قائمة كورنل:

رقم	المقياس	المرضى		الأسوياء		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	الخوف وعدم الكفاية	١٣ر٧	٢٩ر٢	٧٥ر١	٢٠ر١	٤٩ر٥	عند ٠١ر٠
٢	الاكتئاب	٥٠ر٢	٠٠ر٢	٥٠ر٠	٧٠ر٠	٥٠ر٢	» ٠٥ر٠
٣	العصبية والقلق	٦٣ر٣	٩٨ر٠	٢٥ر٠	٤٦ر٠	٢٤ر٨	» ٠١ر٠
٤	التنفس والدورة	٣٣ر٣	٥٧ر١	٧٥ر٠	٠٩ر١	٥٤ر٢	» ٠١ر٠
٥	الفزع	٧٥ر٢	٧١ر١	صفر	صفر	٢٨ر٤	» ٠١ر٠
٦	السيكوسوماتيك	١٣ر٥	٨٠ر٣	٧٥ر٠	٦٦ر٠	٠٥ر٤	» ٠١ر٠
٧	الخوف على الصحة	٥٠ر٤	٨٧ر١	٦٣ر٠	٩٨ر٠	٨٣ر٤	» ٠١ر٠

رقم	المقياس	المرضى		الأسوياء		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
٨	الجهاز المعدى معوى	٣ر٨٨	١ر٨٣	١ر٠٠	صفر	١٧ر٤	عند ٠١ر٠
٩	الحساسية والشك	٣ر٨٨	١ر١٦	٢ر٥٠	٠ر٧٠	٢ر٦٥	» ٠٥ر٠
١٠	السيكوباتيه	٣ر٥٠	٠ر٥٠	٠ر٧٥	٠ر٩٠	٣ر٩٠	» ٠١ر٠

جدول (٧٧) عن الفروق بين مرضى القلب والأوعية والأسوياء

ويتضح من الجدول (٧٧) أن جميع المقاييس دون استثناء تميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين بصورة تعكس الاضطراب لدى المرضى.

ثالثا : الفروق بين مرضى الجهاز المعدى معوى ومرضى القلب والأوعية

ويوضح الجدول (٧٨) الفروق بين مرضى القلب والجهاز المعدى :

رقم	المقياس	الجهاز المعدى معوى		جهاز القلب والأوعية الدموية		قيمة « ت »	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	الخوف وعدم الكفاية	٢ر٢٥	٢ر٦٧	٧ر١٣	٢ر٢٩	١ر٤٠	ليس له دلالة
٢	الاكتئاب	٢ر٥٠	١ر٧٣	٢ر٥٠	٢ر٠٠	صفر	»
٣	العصبية والقلق	٢ر٢٥	١ر٤٧	٣ر٦٣	٠ر٩٨	٢ر٠٥	»
٤	التنفس والدورة	١ر٥٠	١ر٨٧	٣ر٣٣	١ر٥٧	٢ر٠٥	»
٥	الفزع	٥ر٢٥	٢ر٧٩	٢ر٧٥	١ر٧١	٠ر٤١	»
٦	السيكوسوماتيك	٤ر٣٨	١ر٧٢	٥ر١٣	٣ر٨٠	٠ر٦٠	»
٧	الخوف على الصحة	٤ر٢٥	١ر٥٠	٤ر٥٠	١ر٨٧	٠ر٢٨	»
٨	الجهاز المعدى معوى	٦ر٧٥	٢ر٣٣	٣ر٨٨	١ر٨٣	٢ر٥٨	٠٥ر٠
٩	الحساسية والشك	٣ر٥٠	٠ر٨٦	٣ر٨٨	١ر١٦	٠ر٧٦	ليس له دلالة
١٠	السيكوباتى	٣ر٥٠	١ر٧٣	٣ر٥٠	٠ر٥٠	صفر	»

جدول (٧٨) عن الفروق بين مرضى القلب ومرضى الجهاز المعدى

ويتضح من الجدول (٧٨) أن مقياس الجهاز المعدي معوي هو المقياس الوحيد الذي ميز تمييزاً دالاً بين المجموعتين.

أما باقي المقاييس فلم تميز بين المجموعتين وإن كانت قيمة المتوسطات قد تشير لشدة الاضطراب في المجوعتين على المقاييس العشر.

كما يتضح أن درجات مجموعة القلب والأوعية الدموية هي التي تسير في الاتجاه الأعلى على جميع المقاييس ما عدا مقياس الجهاز المعدي معوي، حيث يوحد فرق دال بين المجموعتين يشير إلى الاضطراب بشكل أشد لدى مجموعة الجهاز المعدي، والاكتئاب، والسيكوباتية حيث تماثل المجموعتان فيهما من حيث المتوسط فقط.

(جـ) علاقة المقاييس الفرعية للقائمة بالروح المعنوية والفهم

لقد سبق الإشارة إلى أن سوبر Super وزملائه وجدوا أن الممتازين في التدريب أكثر ثباتاً من الناحية الانفعالية، بينما وجد هيرون Heron أن المدرسين غير المتكيفين من الذين يمتازون بالذكاء أميل إلى ترك هذه المهنة إلى غيرها(٢١ : ٢٢٠) وقد ذكر كل من تيدلسكا ومنجل في بحثهما بعنوان:

Tydlska, Mary & Mangel, Robert., Ascale for the M.M.P.j. Appl Psycholo., 1953, 32. 474-477.

إن اختبار الشخصية المتعددة الأوجه أمكنه التمييز بين العمال ذوي الاتجاهات السليمة نحو العمل وبين العمال ذوي الاتجاهات غير السليمة من خلال ٣٧ عبارة في الاختبار اختارها المحكمون (٣٠ : ١٨٦). ونظراً لهذه القيمة التي تكمن في مثل هذا النوع من المقاييس قمنا بحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقايس كورنل وبين الدرجة الكلية لمقياس الروح المعنوية، ثم استخرجنا معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة كورنل وبين درجة اختبار الفهم، ثم الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة كورنل وبين درجة اختبار الفهم، ثم الارتباط بين ذلك الأخير وبين المقاييس الفرعية لقائمة كورنل.

ويبين الجدول (٧٩) علاقة قائمة كورنل بالروح المعنوية:

رقم	نوع العلاقة	العينة	الارتباط المستخدم	قيمة ر	مستوى الدلالة
١	بين قائمة كورنل والروح المعنوية	٢٥	الرتب	- ٩٦ر٠	٠١ر٠

جدول (٧٩) عن علاقة الروح المعنوية بالكورنل

ويؤكد هذا الارتباط ما سبق أن أشارت إليه الأبحاث التي ذكرناها، فالمرضى ذوو الاتجاهات غير السليمة (المنخفضو الروح المعنوية على المقياس) نحو العمل غير متزنين من الناحية الانفعالية ويشير معامل الارتباط الدال إحصائياً لذلك إشارة صادقة، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس قائمة كورنل تبعها أو اقترن بها انخفاض في الروح المعنوية.

كما يبين الجدول (٨٠) علاقة مقياس الفهم بالمقاييس الفرعية للكورنل:

رقم	المقاييس الفرعية	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
١	الخوف وعدم الكفاية	-١٤٥ر٠	غير دال
٢	الاكتئاب	-٠١٧ر٠	»
٣	العصبية والقلق	-١٥٤ر٠	»
٤	التنفس والدورة	-٢١٨ر٠	»
٥	الفزع	صفر	»
٦	سيكوسوماتيك	-١٣٥ر٠	»
٧	الخوف على الصحة	-١٠٦ر٠	»
٨	الجهاز المعدى معوى	-٠٨٦ر٠	»
٩	الحساسية والشك	-٠٥٨ر٠	»

رقم	المقاييس الفرعية	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
١٠	السيكوباتى	-٠ر٠٠٦	غير دال
١١	المقياس الكلى	-٠ر١٧٣	»

جدول (٨٠) عن علاقة المقاييس الفرعية بالكورنل باختبار الفهم العام

(د) العلاقة بين مقياس القائمة الفرعية وبين المحكات

يوضح الجدول (٨١) العلاقة بين مقاييس قائمة كورنل وبين محكات العمل

رقم	الاختبارات	الجزاءات	الإجازة المرضى	التردد على العيادة	الاداء فى العمل	التنقل من عمل لآخر	متوسط الارتباطات
١	الخوف وعدم الكفاية	٠ر٢٢٦	٠ر٠٣٦	٠ر٢٩٦	٠ر٣٦٣	٠ر٠٢٤	٠ر١٨٩
٢	الاكتئاب	٠ر٠٩٢	٠ر٢٥٤	٠ر٠٧٩	٠ر٢٥٥	٠ر٢٠٢	٠ر١٧٦
٣	العصبية والقلق	٠ر١٣٩	-٠ر٠٣٧	٠ر١٠٣	٠ر١٤٧	٠ر٢٥٥	٠ر١٢١
٤	التنفس والدورة	٠ر١٨٠	-٠ر٢٥٦	٠ر٣٥١	٠ر٤٥٨	-٠ر٠١٠	٠ر١٤٤
٥	الفزع	٠ر١٤٧	٠ر١٢٩	٠ر٢١٣	٠ر٤٤٣	-٠ر٠١٤	٠ر١٨٣
٦	السيكوماتيك	٠ر٣٤٥	٠ر٠٨٢	٠ر١٧٣	٠ر٤٨٦	٠ر٠٧٩	٠ر٢٣٣
٧	الخوف على الصحة	٠ر٣٩٢	٠ر٠٧٦	٠ر٢٣٩	٠ر٤٣٢	-٠ر٠٦٧	٠ر٢٠١
٨	الجهاز المعدى معوى	٠ر٠٦٩	٠ر١٧٨	-٠ر١٥٩	٠ر٢٨٧	٠ر٢٧٠	٠ر١٢٩
٩	الحساسية والشك	٠ر٠٢١	٠ر٤١٦	-٠ر٠٢٨	-٠ر٠٠٥	٠ر٣٢٥	٠ر١٤٥
١٠	السيكوباتى	٠ر٣٣٩	٠ر١٦٢	-٠ر٠٤٠	٠ر٠٠٥	٠ر٣٦٥	٠ر١٦٦
١١	الدرجة الكلية	٠ر٣١٤	٠ر١٠٠	٠ر٢٢٧	٠ر٤٠٤	٠ر٠٤٠	٠ر٢١٧
	المتوسط	٠ر١٩٥	٠ر١٠٤	٠ر١٢٢	٠ر٢٨٧	٠ر١٤٢	

جدول (٨١) عن علاقة المقاييس الفرعية للكورنل بالمحكات

(١) **علاقة مقياس الخوف وعدم الكفاية بالمحكات**: بالنظر في عبارات مقياس الخوف نجد أن بها ست عبارات أي ٣٣٪ من مجموع عباراته تتعلق بالحالة الانفعالية للفرد في مواقف العمل مثل: حالة العصبية عندما يقابل رئيسه، وعندما يراقبه في العمل وتفهمه للأوامر والتعليمات وهكذا، كما تتضمن العبارات الأخرى الحالة الجسمية وما ينشأ بها من حالات إغماء أو دوخة أو عادات خاصة بالطعام، كما تشمل العبارات ما ينتاب الفرد من حالات خوف عندما يكون بالأماكن القريبة أو مع الناس الغرباء، وهذه العبارات في مجملها تشير إلى حالة الخوف التي تنتاب الفرد وإلى عدم كفايته الشخصية والبدنية في مواجهة مواقف الحياة خاصة العمل (٣٣٪ من مجموع العبارات).

وهكذا فلا غرابة أن يرتبط هذا المقياس ارتباطاً موجباً بكافة المحكات.

وسنتناول فيما يلي كلاًّ منهما على حدة بالتفسير خاصة الارتباطات المرتفعة والتي تصل إلى ٠,٢٠ فما فوق لأنه ارتباط وإن لم يكن دال إحصائياً إلاّ أنه في حدود المعقول ويشير إلى احتمال ارتفاعه في نفس الاتجاه لو كانت العينة أكبر.

ونجد أن المقياس يرتبط بالجزاءات ارتباطاً موجباً يصل إلى ٠,٢٢٦ وهو وإن كان غير دال إلا أنه يسير في الاتجاه المفترض أن يكون، فالخوف وعدم الكفاية الشخصية والبدنية في مواجهة مواقف العمل تقترب بالمواقف التي يطبق فيها الجزاء على المفحوص وهي الغياب بدون إذن والتأخير عن العمل وترك العمل بدون إذن وعدم انجاز العمل المطلوب ومخالفة التعليمات والخطأ في العمل وإساءة استخدام الآلة، ولقد أشارت الكثير من البحوث إلى أن هؤلاء العمال غير متوافقين نظراً لما يعانونه من اضطراب انفعالي واضطراب التفكير ونقص في القدرات.

أما علاقة المقياس بالتردد على العيادة فقد سبق الإشارة إلى تضمن

عبارات المقياس للكثير عن الحالة الجسمية للفرد وما ينتابها من اضطراب فلا غرو أن يرتبط المقياس بمرات التردد على العيادة ارتباطاً موجباً يصل إلى (٠,٢٩٦). وهو وإن كان غير دال أيضاً كسابقه كما أن يسير في الاتجاه المفترض أن يكون وهو أن الشخص الذي ينتابه الكثير من أعراض الإغماء والدوخة كذلك الشخص سيء التوافق مع رؤسائه يجد كلاً منهما في الذهاب إلى العيادة إشباعاً سواء من خلال شكوى حقيقية أو وهمية، أما علاقة المقياس بالأدءا في العمل فهي علاقة غير متوقعة في أن يرتبط الخوف وعدم الكفاية بالأداء في العمل ارتباطاً عالياً يقترب من حدود الدلالة الإحصائية فيصل إلى ٠,٣٦٣ مما يدعونا إلى التفكير في الميكانيزمات النفسية اللاشعورية التي تقف وراء ذلك؟. ومن المحتمل أن يكون الخوف نفسه من توقيع الجزاء إن لم ينجز العامل العمل المطلوب، أو قد يكون التعويض كحيلة استبدالية غير موفقة فنظراً للمرض الجسمي الذي لحق هؤلاء، فإنهم يبذلون في عملهم جهداً كبيراً، وفي نفس الوقت لم تتخلص نفوسهم مما بها من شعور بالمرارة وحسد لزملائهم الأصحاء من العمال، وبمرور الزمن يخفقون في تحقيق هدفهم البديل بل قد ينطبق ذلك على توافقهم في الحياة بوجه عام، فالتوافق الاستبدالي لا يكون سليماً ومجدياً إلاّ إذا تقبل الفرد الهدف البديل عن طيب خاطر ولم يخدع نفسه (٢ : ٣٨٧).

(٢) **علاقة مقياس الاكتئاب بالمحكات**: بالنسبة لعلاقة المقياس بالأجازات المرضية تلك الأخيرة التي تعني أن بالإنسان مرضاً يعوقه عن القيام بالعمل، وهذا موقف من مواقف العمل، فلا غرابة أن يرتبط الاكتئاب وما يتضمنه من انخفاض في الروح المعنوية والشعور باليأس والعجز عن النظر للمستقبل نظرة عادية متفائلة يرتبط بالأجازات المرضية ارتباطاً يصل إلى ٠,٢٥٤ وهو إن لم يكن دالاً، إلاّ أنه معقول في حدود حجم العينة (٢٦ : ١٥٥). ويمكن التفسير على أساسه خاصة أنه يسير في الاتجاه المفروض حيث ترتبط بمشاعر عدم الثقة في النفس وضيق الاهتمامات

وانقضاء الزمن وحتمية الموت واضطرابات في البدن كرد فعل لما يترتب على هذه المشاعر من إحباطات، مما يجعل الفرد يأخذ أجازات مرضية.

أما علاقة المقياس بالأداء فيصل إلى ٠,٢٥٥ ولا نجد مبرراً نفسر به هذا الارتباط سوى أن حالة الاكتئاب التي يكون عليها المرضى وما تتضمنه هذه الحالة من انطواء على النفس تؤدي بالشخص إلى أن يركز كل جهده على عمله، وتجعل المشرف عليه بالتالي يقدره لأنه في نظره «في حاله ومالهوش دعوة بحد».

كما أن علاقة المقياس بالتنقل من عمل لآخر تصل إلى ٠,٢٠٢ تسير في الاتجاه المفترض أن يكون، فعدم الثقة وضيق الاهتمامات والاتجاهات غير الواقعية تقترن بالتنقل من عمل لآخر لأنها تعكس سوء التوافق.

(٣) علاقة مقياس العصبية والقلق بالمحكات: تسير جميع الارتباطات في الاتجاه الموجب وهي تتمشى مع ما نفترضه، فالأعصاب غير الموزونة، والنرفزة من أوهن الأسباب، وصعوبات النوم، والخوف دون سبب كلها أعراض ترتبط ارتباطاً موجباً مع الغياب دون إذن، والتأخير عن العمل، وترك العمل دون إذن، ومخالفة التعليمات، والتردد على العيادة، والتنقل من عمل لآخر ذلك الأخير الذي يصل ارتباطه بالمقياس إلى ٠,٢٥٥.

(٤) علاقة مقيات التنفس والدورة الدموية بالمحكات: يعتبر هذا المقياس أول مقياس يرتبط به أحد المحكات وهو الأداء في العمل ارتباطاً موجباً ودالاً، كما يرتفع ارتباطه بمحك آخر ارتفاعاً عالياً وهو محك التردد على العيادة ويصل إلى ٠,٣٥١.

أما علاقة المقياس بالاجازة المرضية فيصل إلى ٠,٢٥٦ وهو على غير ما نتوقع أن يكون، فعبارات المقياس تشير إلى أعراض مثل: النهجان من التعب، ووجود ألم في القلب وصعوبة في النفس. والشخص الذي لديه هذه الأعراض من المفروض أن يحصل على اجازات كثيرة، لكن معامل

الارتباط يشير إلى عكس ذلك، ونستطيع أن نفترض تفسيرين:

أولهما: حالة التكيف مع الأمراض (هانزسلي) بحيث تصبح لدى المريض أمراً عادياً لا يستدعي الحصول على اجازة مرضية.

وثانيهما: يؤيد أن الاضطراب العضوي أساسه نفسي بمعنى أن الاضطراب ليس أساساً سببه عضوي بالدرجة التي تقعد المريض كلية عن العمل، فيأخذ اجازة مرضية، وإذا كان الأمر بالعكس أي أن الزيادة في الاجازة المرضية يتبعه. ويرتبط المقياس بالأدءا في العمل ارتباطاً دالاً موجباً يصل إلى ٠,٤٥٨ وهذه العلاقة غير متوقعه إلاّ أنه إلى جانب التفسير الذي سبق أن أشرنا إليه وهو التكيف مع الأعراض فإنه من ناحية أخرى كلما زادت تلك الأعراض زاد أداء العمال في محاولة للتعويض أو في محاولة تغطية ما به من أمراض أمام زملائه لكي لا يفقد علاقته بهم والتي تكون مبنية أساساً على الكفاءة في العمل (يؤيد ذلك عدم وجود فرق دال في العلاقات الداخلية بالسوسيومتري).

(٥) **علاقة مقياس الفزع بالمحكات**: تشير جميع الارتباطات باستثناء التنقل من عمل لآخر إلى وجود علاقة موجبة بين الدرجة على هذا المقياس وبين المحكات الأخرى وهذا يتمشى مع ما نفترض أن يكون هذا إذا استثنينا الأداء في العمل والذي يرتبط بهذا المقياس ارتباطاً دالاً موجباً. فيرتبط المقياس بالتردد على العيادة الطبية ارتباطاً يصل إلى ٠,٢١٣ وذا يتفق مع ما هو مفترض أن يكون، فحالة الفزع وما تتضمنه من خوف مفاجيء ورعشة مستمرة وأحلام مزعجة توقظ الشخص من النوع والإحساس بالقابلية للنرفزة باستمرار والاستهداف فلأفكار المخيفة، كل ذلك له مصاحباته الفسيولوجية والتي تجعل المريض يتردد على العيادة الطبية كثيراً.

كذلك يترتبط هذا المقياس بالأداء في العمل ارتباطاً دالاً وموجباً يصل إلى ٠,٤٤٣ فلا غرابة أن حالة الخوف التي يتسم بها المريض والتي

قد تتمثل في الخوف من توقيع الجزاءات عليه تجعله يزيد من أدائه في العمل.

(٦) **علاقة مقياس الأعراض السيكوسوماتية بالمحكات**: ترتبط جميع المحكات دون استثناء بهذا المقياس ارتباطاً موجباً واحد منها دال والآخر مرتفع، لكن لم يصل لحدود الدلالة. وتتمشى هذه الارتباطات باستثناء الأداء في العمل، مع ما هو مفترض أن يكون، فحالات الصداع الشديد والعرق دون سبب، والهرش، والتشنج، والتقلصات، وضيق التنفس، والإغماء، ورجع الظهر.. الخ كلها أعراض جسمية تصحب التوتر الانفعالي الشديد والمستمر والناتج من عدم قدرة الفرد على إقامة نوع من التكيف والتوافق مع بيئة العمل والمتمثل في الجزاءات والغياب ومخالفات العمل.. الخ.

أما علاقة المقياس بالجزاءات فيصل إلى ٠,٣٤٥ وذلك لأن سوء التوافق المهني الذي ينشأ عن التوتر الانفعالي يقترن به اضطراب شديد في أجهزة الجسم الحيوية. أما علاقة المقياس بالأداء في العمل فهي علاقة مرتفعة ودالة وتصل إلى ٠,٤٥٨ ويرجع ذلك إلى ما سبق أن قلناه وهو أن المرضى قد يكونون بمرور الزمن قد تكيفوا مع أعراضهم بحيث ترتبط ارتباطاً دالاً مع أدائهم في العمل من ناحية أو يكون الموقف تعويضاً كما سبق أن أشرنا.

(٧) **علاقة مقياس الخوف على الصحة بالمحكات**: ترتبط المحكات جميعاً بالمقياس ارتباطاً موجباً باستثناء محك التنقل من عمل لآخر إذ يرتبط ارتباطاً سالباً لكنه يقترب من الصفر، ولا يمكن الأخذ به في ضوء عدد العينة وتناول علاقة المقياس بالمحكات الدالة أو المرتفعة.

وأما عن علاقة المقياس بالجزاءات فلا غرابة أن تصل إلى ٠,٣٩٢، فالمقياس يتضمن أعراض مثل الإنهاك، والتعب، والقلق على الصحة، والضعف والوجع وهذه الأعراض يقترن بها دون شك الغياب دون إذن والتأخير عن العمل وترك العمل بدون إذن... الخ. كما تصل علاقة

المقياس بالتردد على العيادة إلى ٢٣٩٠, ٠ وهو ارتباط موجب ويتمشى مع ما هو مفترض أن يكون فتوهم المرض والخوف على الصحة يتبعه زيادة في التردد على العيادة الطبية.

أما علاقة المقياس بالأداء في العمل فتصل إلى ٤٣٢, ٠ وهي علاقة دالة، ويعني ذلك أنه كلما زادت مخاوف الشخص على صحته وقيامه بعمل الوقاية والعلاج اللازم اقترن ذلك بالأداء في العمل.

(٨) علاقة مقياس الجهاز المعدي معوي بالمحكات: يرتبط المقياس بالأداء في العمل ارتباطاً موجباً وإن كان غير دال إذ يصل إلى ٢٨٧, ٠ فإن ذلك قد يكون راجعاً لعدة نواحي نجملها في أن المريض قد أصبح متكيفاً مع أعراضه بحيث ترتبط على هذا النحو بالأداء، أو أن المريض يعوضه عما به بزيادة أدائه بحيث تتمشى مع أعراضه، أو أن الأداء في العمل يكون مصحوباً بالخوف من الخطأ وعملية الخوف تصحبها تغيرات بدنية قد تتركز في نهاية الأمر في المعدة.

أما علاقة المقياس بالتنقل من عمل لآخر فيصل إلى ٢٧٠, ٠ وهو ارتباط يسير في الاتجاه المفترض أن يكون فيه، وطبيعي أن يقترن التنقل من عمل لآخر بالمقياس. فالتنقل من عمل لآخر ناتج عن اضطرابات انفعالية وعدم اتزان، فلا غرو أن يقترن التنقل من عمل لآخر اقتراناً موجباً بالأعراض المتضمنة في المقياس.

(٩) علاقة مقياس الحساسية والشك بالمحكات: هناك معاملان فقط من مجموعة ارتباطات المقياس بالمحكات أحدهما دال، والآخر غير دال، وهما اللذان يصلحان للتفسير، الأول: علاقة المقياس بالاجازات المرضية فيرتبط ارتباطاً دالاً يصل إلى ٤١٦, ٠ ويعني ذلك أن عجز الفرد عن التوافق في بيئة العمل والمتمثل فيما تقيسه عبارات المقياس من مواقف مثل إساءة فهم الناس له، كذلك إحساسه بأنه مراقب أثناء أدائه للعمل، كل ذلك يجعله يهرب من موقف العمل بمحاولة الحصول على اجازة مرضية.

أما الثاني فيرتبط المقياس بالتنقل من عمل لآخر ارتباطاً يصل إلى ٠,٣٢٥ وهو وإن لم يكن دالاً إلا أنه يسير في الاتجاه المفترض أن يكون وتبرير هذه العلاقة هو نفسه بالنسبة للاجازة المرضية.

(١٠) **علاقة مقياس السيكوباتي بالمحكات**: يرتبط بالمقياس ارتباطاً مرتفعاً غير دال كل من الجزاءات إذ يصل إلى ٠,٣٣٩، والتنقل من عمل لآخر إذ يصل إلى ٠,٣٦٥ وليس من المدهش أن يكون الارتباط على هذا النحو، فالسيكوباتية سلوك مضاد للاتجاهات الاجتماعية والمعايير السائدة وتشير إلى الفجاجة وعدم النضج الانفعالي والعاطفي. وبالنسبة لعلاقة المقياس بالجزاءات فإن عبارات المقياس تتضمن مواقف تشير إلى السلوك السيكوباتي مثل عدم القدرة على ضبط النفس وتناول الخمر، ودخول مؤسسات الأحداث وقبض البوليس على الفرد، والشك في أقرب المقربين... الخ. فلا غرابة أن نجد مثل هذه الاتجاهات ترتبط ارتباطاً موجباً بالجزاءات التي تطبق على الفرد لمخالفة تعليمات رؤسائه.. الخ.

أما علاقة المقياس بالتنقل من عمل لآخر فيرتبط ارتباطاً موجباً يصل إلى ٠,٣٦٥ ويتمشى هذا الارتباط مع المتوقع أن يكون وهو أن الأفراد الذين يتنقلون من عمل لآخر يكمن الاضطراب لديهم في عجزهم عن التوافق سلوكياً مع باقي أفراد الجماعة، فهم منبوذون ومرفوضون نظراً لأنهم لا يأبهون بالمعايير السلوكية السائدة.

(١١) **علاقة المقياس الكلي بالمحكات**: يرتبط المقياس الكلي بجميع المحكات دون استثناء ارتباطاً موجباً يبلغ أعلاه وبدلالة بالأداء في العمل بينما يصل إلى ٠,٠٤٠ بالتنقل من عمل لآخر وهي علاقة صفرية لا يمكن التفسير على أساسها. وعلاقة المقياس بالجزاءات تصل إلى ٠,٣١٤ ويتمشى ذلك مع ما هو مفترض أن يكون فالشخص غير المتزن والذي يتسم بالقلق ومصاحباته الفسيولوجية يوقع عليه الكثير من الجزاءات. كما أن علاقة المقياس الكلي بالتردد على العيادة يصل إلى ٠,٢٢٧ وهي علاقة

تسير في الاتجاه المفترض أن يكون فالمصاحبات الفسيولوجية للاضطراب الانفعالي يتبعها الذهاب للعيادة. كما يرتبط المقياس الكلي بالأداء في العمل ارتباطاً يصل إلى ٠,٤٠٤ وهو ارتباط دال، لأن خوف العامل من رؤسائه وحدة القلق يقترنان بأدائه في العمل اقتراناً موجباً.

تعليق: (١) لا شك أن التفسيرات السابقة لارتباط مقاييس قائمة كورنل بالمحكات قد ألقت الضوء على القيمة التنبؤية للقائمة، فعرفنا أي المحكات ارتبطت بالقائمة ارتباطاً يسير في الاتجاه المفترض وأي المحكات ارتبطت بالقائمة ارتباطاً لا يسير في الاتجاه المفترض أن يكون.

(٢) مجمل القول أن محك الأداء في العمل هو المحك الوحيد الذي يرتبط بمعظم المقاييس الفرعية للقائمة ارتباطاً دالاً موجباً بالتنفس والدورة الدموية والفزع والسيكوسوماتيك والخوف على الصحة، كما أنه يرتبط بالمقياس الكلي ارتباطاً دالاً موجباً. والمحك الآخر الذي يلي الأداء في العمل من حيث ارتباطه بالمقاييس الفرعية للقائمة ارتباطاً دالاً موجباً هو محك الاجازة المرضية والذي ارتبط بالخوف على الصحة ارتباطاً موجباً أيضاً وصل إلى ٠,٣٩٢.

ويلخص لنا الجدول الآتي متوسط ارتباط كل محك من المحكات الخمس بالمقاييس الفرعية للقائمة:

المحــــك	(١) الجزاءات	(٢) الأجازة المرضية	(٣) التردد على العيادة	(٤) الأداء في العمل	(٥) التنقل من عمل لآخر
متــوسط الارتباط بالمقــاييس الفرعية	٠ر١٩٥	٠ر١٠٤	٠ر١٢٢	٠ر٢٨٧	٠ر١٤٢

(٧٤) جدول بمتوسط ارتباط المحك بالمقاييس الفرعية

ويتضح هنا أن متوسط ارتباط الأداء في العمل بالمقاييس الفرعية للقائمة أعلاها ويليه في ذلك الجزاءات ثم التنقل من عمل لآخر وقد توحى هذه النتائج أن التوتر الانفعالي والسيكوسوماتي يبلغ أعلاه مقترناً بالعمل ثم ينخفض بالجزاءات والتي ترتب على قيام العامل بعمله وهو في حالة انفعالية متوترة فيخطىء ويخالف التعليمات.. الخ، ثم نجد أن محك التردد على العيادة الطبية يرتبط بالمقاييس الفرعية ارتباطاً منخفضاً وإن كان موجباً ويرجع ذلك للسبب السابق طرحه وهو أن الاجازات المرضية تنظمها لوائح ونظم.

(٣) ويبين الجدول رقم (٨٥) متوسط ارتباط كل مقياس فرعي بالمحكات جميعا

رقم	المقاييس	متوسط ارتباط كل مقياس فرعى بالمحكات جميعاً
(١)	الخوف وعدم الكفاية	١٨٩ر٠
(٢)	الاكتئاب	١٧٦ر٠
(٣)	العصبية والقلق	١٢١ر٠
(٤)	أعراض التنفس والدوره الدموية	١٤٤ر٠
(٥)	الفزع	١٨٣ر٠
(٦)	الأعراض السيكوسوماتية	٢٣٣ر٠
(٧)	الخوف على الصحة	٢٠١ر٠
(٨)	أعراض الجهاز المعدى معوى	١٢٩ر٠
(٩)	الحساسية والشك	١٤٥ر٠
(١٠)	السيكوباتية	١٦٦ر٠
(١١)	المقياس الكلى	٢١٧ر٠

جدول (٨٢) متوسط ارتباط كل مقياس فرعى بالمحكات جميعا

وبالنظر إلى الجدول (٨٢) نجد أن مقياس السيكوسوماتيك يصل ارتباطه بجميع المحكات إلى ٠,٢٣٣ ويليه مقياس الخوف على الصحة أي يصل ٠,٢٠١ ويليه الخوف وعدم الكفاية، إذ يصل ارتباطه بجميع المحكات إلى ٠,١٨٩ ثم الفزع والاكتئاب والسيكوباتية وارتباطها بالمحكات على التوالي يصل إلى ٠,١٨٣، ٠,٠٧٦، ٠,١٦٦ أما المقياس الكلي فيرتبط بالمحكات جميعاً ارتباطاً يصل إلى ٠,٢١٧

والذي يلفت النظر أن متوسط الارتباطات جميعاً موجبة وتسير في الاتجاه المفترض أن يكون.

(هـ) التحليل العاملي للمقاييس الفرعية والمحكات

لا شك أن التفسيرات التي سبق أن قدمناها بناء على معاملات الارتباط قد ألقت الضوء على طبيعة المشكلة، إلاّ أنه يحسن أن نصل إلى العوامل التي تنظم هذه الارتباطات جميعاً. ويكشف في نفس عن الاختبار المشبع بالمقاييس والمحكات الأخرى أعلى نشبع، والذي يصبح في نفس الوقت هو أكثر الاختبارات تعلقاً بالظاهرة موضوع الدراسة،

دلالة ارتباطات المقاييس الفرعية والمحكات: ويتضح لنا من مصفوفة الارتباط الأولى أن نسبة الارتباطات الدالة ٢٦٪ من مجموع الارتباطات. وإذا حللنا هذه الارتباطات بالنسبة لكل من المحكات ومقاييس القائمة فإن الجدول رقم (٨٣) يوضح ذلك:

رقم	المتغير	عدد الارتباطات الدالة	مستوى الدلالة	
			٠,٠٥	٠,٠١
١	الخوف وعدم الكفاية	٧	١	٦
٢	الاكتئاب	٣	٢	١
٣	العصبية والقلق	٥	٣	٢
٤	التنفس والدورة الدموية	٤	—	٤

رقم	المتغير	عدد الارتباطات الدالة	مستوى الدلالة	
			٠٥ر٠	٠١ر٠
٥	الفزع	٥	–	٥
٦	سيكوسوماتيك	٦	٢	٤
٧	الخوف على الصحة	٥	١	٤
٨	الجهاز المعدى معوى	١	١	–
٩	الحساسية والشك	–	١	١
١٠	سيكوباتي	–	–	–
	مج س دال	٣٨	١١	٢٧
	٪	٪٨٤	٪٢٩	٪٧١

جدول (٨٣) الارتباطات الدالة وغير دالة لمقاييس الكورنل

ولقد شجعتنا الارتباطات الدالة على إجراء عمليات التحليل العاملي. ويوضح الجدول (٨٤) العامل المركزي الأول:

رقم	المتغيرات	التشبع
١	الأعراض السيكوسوماتيه	٨٤٩ر٠
٢	الخوف وعدم الكفاية	٨٣٠ر٠
٣	الخوف على الصحة	٧٥٣ر٠
٤	الفزع	٧٤٥ر٠
٥	العصبية والقلق	٧٠٧ر٠
٦	أعراض التنفس والدورة الدموية	٥٨٥ر٠

رقم	المتغيــرات	التشبع
٧	الاكتئــــاب	٥٦٦ر٠
٨	الحساسية والشك	٤٨١ر٠
٩	الأداء فى العمل	٤٣٨ر٠
١٠	الجـــزاءات	٣٨٤ر٠
١١	السيكوبـــاتيه	٣٢٠ر٠
١٢	مرات التردد على العيادة	٢٠١ر٠
١٣	أعراض الجهاز المعدى معوى	١٨٨ر٠
١٤	مرات التنقل من عمل لآخر	١٨٢ر٠
١٥	الأجازات المرضية	١٤٦ر٠
١٦	الدرجة الكلية لقائمة كورنل	٩٦٢ر٠

جدول (٨٤) تشبعات العامل المركزى الأول بالكورنل

ويتبين من الجدول (٨٤) للتشبعات بالعامل الأول أن هناك عامل عام يجري بين ارتباطات الاختبارات والمحكات يمكن تسميته الآن عامل الاضطرابات السيكوسوماتية، وأكبر تشبعاته الأعراض السيكوسوماتية والخوف وعدم الكفاية.

حساب تشبعات العامل المركزي الثاني

ويبين الجدول (٨٥) تشبعات العامل المركزي الثاني والتشبعات الموجبة والسالبة والفرق بينهما.

رقم	المتغير	التشبع	التشبع الموجب	التشبع السالب
١	الخوف	٠٤	٠٤	—
٢	الاكتئـاب	٢٩	٢٩	—

رقم	المتغير	التشبع	التشبع الموجب	التشبع السالب
٣	العصبية والقلق	٣٣	٣٣	–
٤	أعراض التنفس والدورةالدموية	٣٦–	–	٣٦
٥	الفــزع	١٦–	–	١٦
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٢١–	–	٢١
٧	الخوف على الصحة	٤١–	–	٤١
٨	أعراض الجهاز المعدى معوى	٢٣–	–	٢٣
٩	الحساسية والشك	٥٧	٥٧	–
١٠	السيكوباتية	٤٣	٤٣	–
١١	الدرجة الكلية	١٠–	–	١٠
١٢	الجـــزاءات	٢٤–	–	٢٤
١٣	الأجازة المرضى	٤٠	٤٠	–
١٤	التردد على العيادة	٣٨–	–	٣٨
١٥	الأداء فى العمل	٣٧–	–	٣٧
١٦	التنقل من عمل لآخر	٤٧	٤٧	–
	المجموع	٤٫٩٩	٢٫٥٣	٢٫٤٦
	الفرق = + ٠٧ر٠			

جدول (٨٥) تشبعات العامل المركزى الثانى للكورنل

ويتضح لنا من الجدول (٧٨) دقة سير عمليات حساب تشبع العامل الثاني ويتمثل ذلك في:

١ ـ مجموع التشبعات يساوي الجذر التربيعي.

٢ ـ الفرق بين التشبعات الموجبة والسالبة يصل إلى + ٠,٠٧.

تدوير المحاور

تم عمل إدارة للعاملين المركزيين وذلك لتنقية العامل الثاني من الإشارات السالبة ولإعطاء كلا العاملين استقلالاً عن بعضهما البعض.

ويمثل الجدول (٨٦) خطوات عملية التدوير التي أجريت:

رقم العملية	العوامل الأصلية	العوامل بعد التدوير	اتجاه المحور الأفقى	زاوية التدوير	جا	جتا
١	١ ، ٢	١ ، ٢ ١ ، ١	تجاه عقرب الساعة	١٩°	٣٢٥	٩٤٥

جدول (٨٦) خطوات عمليات التدوير

العوامل المتعامدة التي سيتم تفسيرها

فيما يلى الجدول (٨٦) والذى يبين العوامل المتعامدة التى سيتم تفسرها :

رقم	العامل المتعامد الأول : الأعراض السيكوسوماتية	التشبع	رقم	العامل المتعامد الثانى : القلـــق	التشبع
١	الأعراض السيكوسوماتية	٨٦ر٠	١	الحساسية والشك	٧٢ر٠
٢	الخوف على الصحة	٨٥ر٠	٢	العصبية والقلق	٦٠ر٠
٣	الفـــــزع	٧٤ر٠	٣	السيكوباتيه	٥٢ر٠
٤	الخوف وعدم الكفاية	٧٣ر٠	٤	التنقل من عمل لآخر	٥١ر٠
٥	أعراض التنفس والدورة	٦٦ر٠	٥	الاكتئـاب	٥٠ر٠
٦	الأداء فى العمـــل	٥٤ر٠	٦	الأجازة المرضيـة	٤٥ر٠

رقم	العامل المتعامد الأول : الأعراض السيكوسوماتية	التشبع	رقم	العامل المتعامد الثانى : القلـــق	التشبع
٧	العصبية والقلــق	٠ر٤٩	٧	الخوف على الصحـــة	٠ر٤٩
٨	الجـــــزاءات	٠ر٤٤	٨	الأعراض السيكوسوماتية	٠ر١٧
٩	الاكتئـــاب	٠ر٤٠	٩	الفـــــزع	٠ر١٦
١٠	التردد على العيادة	٠ر٣٤	١٠	أعراض التنفس والدورة	٠ر٠٦
١١	أعراض الجهاز المعدى معوى	٠ر٢٥	١١	الجـــــزاءات	٠ر٠٦
١٢	الحساسية والشك	٠ر٢٠	١٢	الخوف على الصحة	٠ر٠٧
١٣	السيكوباتى	٠ر٠٩	١٣	أعراض الجهاز المعدى معوى	٠ر١٤
١٤	التنقل من عمل لآخر	٠ر٠٢	١٤	الأداء فى العمل	٠ر١٦
١٥	الأجازات المرضية	٠ر٠٤	١٥	التردد على العيادة الطبية	٠ر٢٥

جدول (٨٦) تشبعات العوامل المتعامدة الأول والثانى

ويتضح من الجدول (٨٦) أن العامل الأول الذي سيتم تفسيره هو عامل الأعراض السيكوسوماتية والعامل الثاني هو: عامل القلق.

رابعاً: نتائج الاختبار السوسيومتري

نستعرض فيما يلي نتائج الاختبار السوسيومتري والتي تعتبر إجابة على ما نفترضه من أن للعلاقات الاجتماعية علاقة بتوافق الإنسان في عمله، وأن اضطراب علاقة الإنسان مع الآخر ترتبط بالاضطراب السيكوسوماتي.

وفيما يلي الجدول (٨٧) والذي يبين الفروق بين المجموعتين في المجالات التي يقيسها الاختبار السوسيومتري باستخدام درجة مكانة الاختيار في حساب الفروق بين المرضى والأسوياء:

رقم	نواحي الاختيار	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	العلاقات الداخلية	٣٢ر٧٠	٢٧ر٦٠	٥١ر٧٠	٢٦ر٨١	١ر٤٨	ليس له دلالة
٢	العلاقات الخارجية	٢٨ر٥٠	٢٨ر٦٤	٤٤ر٠٠	٢٢ر٤٥	١ر٢٧	» »
٣	القيـــادة	١٤ر٧٠	١٠ر٨٠	٤٢ر٣٠	٢٦ر٤٠	٢ر٨٨	له دلالة عند ٠٥ر٠
٤	الدرجة الكلية للاختيار	٣٣ر٦٠	٢٢ر٣٥	٥٠ر٨٠	٢٣ر٩٣	٢ر٤٩	له دلالة عند ٠٥ر٠

جـدول (٨٧) الفروق بين المجموعتين فى درجة مكانة الاختيار

ويبين الجدول (٨٧) أن هناك فرقا له دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية من المرضى وبين المجموعة الضابطة من الأسوياء على القيادة والدرجة الكلية للاختبار.

ج ـ تمثيل الاختبارات بالرسم «سوسيوجرام» بالنسبة للمواقف المميزة:

وسنقوم فيما يلي باستعراض الرسوم المختلفة لأفراد(*) المجموعتين التجريبيتين والضابطة العشرة والجماعات التي ينتمون لها وسنبدأ ذلك بمواقف:

(١) القيـادة

١ ـ مجموعة (م.ح) تجريبية ـ بول سكري، (ح. ع).

نلمح في السوسيوجرام رقم (١) بملحق الرسالة(*) الخصائص الآتية:

١ ـ يوجد اختيار متبادل بين فردين من أفراد الجماعة هما ٤، ٥.

(*) «علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة» موضوع رسالة دكتوراه المؤلف ـ ١٩٧٢ ـ مكتبة كلية الآداب جامعة عين شمس.

٢ ـ يوجد مثلث الاختبار بين الأفراد ٧، ٤، ٥.

٣ ـ يوجد اختيار غير متبادل بين الكثير من أنصار الجماعة ١، ٢، ٣، ٧، ٨، ٩.

٤ ـ يحظى الفرد (٥) بأنه نجم الجماعة فهم يلتفون حوله.

وبالمقارنة بين الفرد التجريبي والضابط نجد:

١ ـ يعتبر الفرد التجريبي (المريض) معزولاً عن أفراد الجماعة، فهو يختار الآخرين ولا يختاره أي منهم أي أنهم يتجاهلونه.

٢ ـ أما الفرد الضابط فيختاره اثنين من أفراد الجماعة كما يوجد بينه وبين النجم سلسلة اختيار.

ونخرج من هذا الرسم أن الفرد الضابط (السوي) يتمتع بتوافق اجتماعي بين أفراد جماعته بينما الفرد التجريبي (المريض) معزول ولا يتمتع بهذه الصفة. وتتفق هذه النتيجة مع ما وصل إليه فرنش FRENCH من أن الأفراد الذين يشغلون مركز طرفية أو محيطية في البناء السوسيومتري يسوء توافقهم فتكثر مشكلاتهم السلوكية، والصعوبة في تفسير تلك النتيجة هي في معرفة أيها السبب وأيها النتيجة. وقد أثبت ثيبو THIbaut تجريبياً أن الأفراد الذين يشغلون مراكز سوسيومترية طرفية ينزعون إلى ترك الجماعة إذا واجهتها الصعاب.

٣ ـ وأن كان الفرد الضابط بالنسبة للقيادة لم يحصل على أكبر عدد من الاختيارات إلا أن ترتيبه الثالث بالنسبة لمن حصلوا على أكبر عدد من الاختيارات، هذا إذا علمنا أن عدد أفراد الجماعة ٩ تسعة أفراد، وإذا علمنا من ناحية ثانية أن الفرد التجريبي لم يحصل على اختيار واحد.

وهكذا نجد أن الفرد الضابط من الأفراد الشعبيين المحبوبين يلجأ إليه زملاؤه فيستشيرونه في أمورهم، كما أنه يعتبر الثالث في الترتيب حيث يرشحه زملاؤه ليكون عليهم في مركز القيادة أو ممثلاً لهم في النقابة.

(٢) مجموعة (ر. ف. م. ع) تجريبية ـ ارتفاع ضغط (ع. ع.) ضابطة:

يتضح من السوسيوجرام رقم (٢) العلاقات والخصائص الآتية:

١ ـ يوجد فردان يتجهان في اختيارهما للقائد من خارج الجماعة.

٢ ـ أن الفرد الضابط هو «نجم» الجماعة إذ يتمتع بشعبية كبيرة فيحصل على العدد الأكبر من الاختيارات. فأفراد الجماعة يودونه قائداً لهم ومشرفاً يدير شؤونهم ويستشيرونه عند الحاجة في كافة أمورهم.

٣ ـ حصل الفرد التجريبي على اختيار واحد فقط كما أنه في نفس الوقت اختار الفرد التجريبي كقائد.

٤ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط وأحد أفراد الجماعة.

(٣) مجموعة (س. م. ع) تجريبية التهاب معدي، (س. أ) ضابطة:

يتضح من السوسيوجرام رقم (٣) ما يلي:

١ ـ يعتبر الفرد التجريبي منبوذاً بين زملائه فهو يختار «النجم» كقائد ولا يحصل على اختيار من أحد.

٢ ـ يوجد اختيار متبادل بين «النجم» وبين الفرد الضابط.

يعتبر الفرد الضابط الفرد الثاني الذي يحصل على عدد تالي من الاختيارات بعد «النجم».

٤ ـ من المحتمل أن يحتل الفرد الضابط مكانة «النجم» في القيادة في حالة غيابه.

(٤) مجموعة (أ. ش. س) تجريبية قولون، (ف. أ) ضابطة:

يتضح من السوسيوجرام رقم (٤) ما يلي:

١ ـ أن الجماعة تنقسم إلى جماعتين فرعيتين، الأولى ستة أفراد يوجد بها الفرد التجريبي، والثانية سبعة أفراد يقع بها الفرد الضابط.

٢ ـ لا يختار أحد الفرد التجريبي كقائد، بينما هو يختار «النجم» في جماعته.

٣ ـ يختار الفرد الضابط كقائد من جانب فرد واحد من أفراد الجماعة.

(٥) مجموعة (ع. م. أ) ضابطة

يتضح من السوسيوجرام رقم (٥):

١ ـ أن الفرد الضابط يُختار كقائد للجماعة بدرجة تالية «للنجم».

٢ ـ كما تبين أن النجم يختار الفرد الضابط كقائد مع أن الفرد الضابط لا يختاره كقائد.

٣ ـ يتضح لنا أن الفرد الذي يلي الضابط في عدد الاختيارات يوجد بينه وبين الضابط اختيار متبادل.

٤ ـ يتضح أيضاً من الرسم أن الفرد الضابط يتمتع بصفة لم يتمتع بها أحد سواه من أفراد الجماعة وهو أن الأفراد الذين يمثلون مراكز في الاختيار «أي مراكز ثقل» يختارونه كقائد.

(٥) مجموعة: (ي. م. م) تجريبية ـ بول سكرى

يتضح من السوسيوجرام رقم (٥):

١ ـ يوجد اختيار متبادل بين النجم وأحد أفراد الجماعة (الذرة ٢).

٢ ـ يوجد سلسلة اختيار فالفرد ١ يختار ٢، ٢ يختار ١٢.

٣ ـ يوجد في هذه الجماعة كثير من الأفراد الهامشيين المعزولين والذي لا يختارهم أحد، وقد يرجع ذلك إلى تسلط القائد، فهو يفرق بينهم لكي يسود.

٤ ـ نخرج من الرسم بأن الفرد التجريبي معزول ومنبوذ من الجماعة.

(٦) مجموعة: (ع. م. م. س) ضابطة

يتضح من السوسيوجرام رقم (٦):

١ ـ يتجه الفرد الضابط في اختياره للقائد خارج الجماعة.

٢ ـ يعتبر الفرد الضابط منبوذاً على النحو السابق إذ لم يختره أحد من بين زملائه ليكون قائداً.

(٦) مجموعة (ك. ف. أ) تجريبية ـ ارتفاع ضغط

يتضح من السوسيوجرام رقم (٦).

١ ـ يتجه الفرد التجريبي في اختياره للقائد داخل الجماعة.

٢ ـ رغماً من ذلك لم يتجه أحد من أفراد الجماعة لاختياره كقائد.

(٧) مجموعة (م. أ) ضابطة

من النظر للسوسيوجرام رقم (٧) يتضح:

١ ـ اتجاه الفرد الضابط في اختياره «النجم» الذي تلتف حوله الجماعة.

٢ ـ اتجاه الفرد الضابط في اختياره «النجم» الذي تلتف حوله الجماعة.

٣ ـ لم يختر أحد الفرد الضابط كقائد.

٤ ـ تنقسم الجماعة لمجموعتين فرعيتين إحداهما مكونة من فردين يتبادلان الاختيار ويكونان شلة، والأخرى مكونة من خمسة أفراد.

٥ ـ يوجد في الجماعتين الفرعيتين اختيار متبادل بين فردين.

٦ ـ يوجد في المجموعة الفرعية الكبيرة سلسلة اختيار فالفرد (٧) يختارج (٦)، (٦) يتبادل الاختيار مع (٤).

(٧) مجموعة (ع. أ. ع.) تجريبية ـ التهاب معدة

يتضح من السوسيو جرام رقم (٧) الخصائص الآتية:

١ ـ يوجد ثلاثة أفراد منبوذون منهم التجريبي إذ يتجهون في اختيارهم خارج الجماعة.

٢ ـ يوجد سلسلة اختيار، فالفرد (٤) يختار الفرد (٣)، (٣) يختار (٢) و (٢) يتبادل الاختيار مع (١).

(٨) مجموعة (ف. ز. أ) ضابطة

نلاحظ في السوسيوجرام رقم (٨):

١ ـ يتساوى الفرد الضابط مع أحد أفراد المجموعة الفرعية في عدد الاختيارات لقيادة الجماعة.

٢ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط وبين الفرد الذي يتساوى معه في عدد الاختيارات كقائد.

٣ ـ تنقسم الجماعة إلى جماعتين فرعيتين والجماعة الأصغر تتكون من شلة من فردين يتبادلان الاختيار.

(٨) مجموعة (أ. م. أ) تجريبية ـ قرحة الاثنا عشر

نلاحظ في السوسيوجرام رقم (٨) ما يلي:

١ ـ يتجه الفرد التجريبي في اختياره للقائد نحو الجماعة.

٢ ـ لم يختر أحد الفرد التجريبي كقائد مما يدل على أن الصفات التي يقدرونها في القائد لا تتوفر فيه.

(٩) مجموعة (ح. ح. م) ضابطة

يتضح من السوسيوجرام رقم (٩) ما يلي:

١ ـ أن الجماعة تنقسم إلى ثلاثة مجموعات فرعية.

٢ ـ هناك ثلاث أفراد معزولون، منهم الفرد الضابط.
٣ ـ الفرد الضابط يتجه في اختياره للقائد خارج الجماعة.

(٩) مجموعة (ك. أ. م. م) تجريبية ارتفاع ضغط، (ع. ع. ح) تجريبية التهاب مفاصل

بالنظر للسوسيوجرام رقم (٩):

١ ـ تنقسم الجماعة لمجموعتين، إحداهما كبيرة والأخرى تتكون من فردين، كما يوجد ثلاثة أفراد منبوذون.

٢ ـ يتمتع الفرد التجريبي (ك) باختيار أحد أفراد جماعته كقائد.

٣ ـ يتجه الفرد التجريبي (ك) في اختياره للقائد من بين أفراد الجماعة.

٤ ـ يتجه الفرد التجريبي (ع) من بين أحد أفراد الجماعة.

٥ ـ يختار الفرد التجريبي (ع) كقائد من بين أحد أفراد الجماعة.

٦ ـ توجد الكثير من العلاقات الهامشية بين أفراد هذه الجماعة.

٧ ـ توجد سلسلة اختيار بين أعضاء هذه الجماعة فالفرد (٦) يختار (٥)، و (٥) يختار (٤)، و (٤) يختار (٣). كذلك يختار الفرد (١) الفرد (٢)، و (٢) يختار (٣).

(١٠) مجموعة (أ. ف) ضابطة

يلاحظ في السوسيوجرام رقم (١٠) أن:

١ ـ توجد الكثير من العلاقات الهامشية بين أفراد الجماعة مما يشير إلى أنهم منبوذون.

٢ ـ يتجه الفرد الضابط خارج الجماعة لاختيار القائد.

٣ ـ رغماً من ذلك يحصل الفرد الضابط على أكبر عدد من الاختيار «النجم».

٤ ـ وقد يفسر اتجاه الفرد الضابط لذلك لمحاولته «الالتجاء» لاستقطاب أفراد من جماعاتٍ أخرى لجماعته.

تعليق على «سوسيوجرام» القيادة

نخرج من الرسوم السابقة بالمقارنة الآتية لكل من المجموعتين:

١ ـ في معظم الرسوم ـ باستثناء القليل ـ وجد أن أفراد المجموعة التجريبية معزولون ومنبوذون من أفراد الجماعة، فهو يختار الآخرين ولا يختاره أحد، أي أنهم يتجاهلونه كقائد.

٢ ـ أما أفراد المجموعة الضابطة فيتم اختيارهم من جانب أفراد الجماعة في معظم الرسوم كقادة.

٣ ـ وجد في بعض الرسوم أن أفراد المجموعة الضابطة هم «نجم» الجماعة إذا يتمتعون بشعبية كبيرة، فيحصلون على العدد الأكبر من الاختيارات، فأفراد الجماعة يودونهم كقادة لهم ومشرفين يدبرون لهم شؤونهم ويستشيرونهم عند الحاجة في كافة أمورهم.

٤ ـ في أحد الرسوم حصل الفرد التجريبي على اختيار واحد فقط، كما أنه في نفس الوقت اختار الفرد التجريبي كقائد.

٥ ـ في أحد الرسوم لم يحصل الفرد التجريبي على اختيار من أحد بينما اختار هو «النجم».

٦ ـ وجد أن الفرد الضابط يتبادل الاختيار كقائد مع «النجم».

٧ ـ وجد أن الفرد الضابط يعتبر الفرد الثاني في عدد الاختيارات بعد «النجم» ولهذا فمن المحتمل أن يحل الفرد الضابط محل «النجم» كقائد للجماعة في حالة غيابه.

٨ ـ وجد في بعض الرسوم أن الجماعة الواحدة تنقسم لمجموعتين فرعيتين متساويتين تقريباً، يقع الفرد الضابط في أحدهما، والفرد التجريبي

في الأخرى ووجد في هذه الحالة أن الفرد التجريبـي لم يختار من بين أحد من أفراد مجموعته الأصلية كقائد. في حين أنه اتجه ناحية الجماعة يختار منها قائداً له، كما وجد أن الفرد الضابط اختير كقائد من بين فرد واحد من أفراد مجموعته.

٩ ـ وجد في بعض الرسوم أن الفرد الضابط يختار كقائد من قبل «النجم» بينما هو لا يختار «النجم» كقائد، وإن اتجه في اختيار القائد من داخل الجماعة.

١٠ ـ كذلك لوحظ أن الفرد الذي يلي الفرد الضابط في عدد الاختيارات يوجد بينه وبين الفرد الضابط اختيار متبادل.

١١ ـ اتضح لنا كذلك أن الفرد الضابط تمتع بصفة لم يتمتع بها أحد سواه من أفراد الجماعة وهو أن الأفراد الذين يمثلون «مراكز ثقل» أو «نجوم» يختارونه كقائد.

١٢ ـ وجد أن الفرد التجريبـي يختار «النجم» كقائد، بينما لم يختره أحد من جماعته أو «النجم».

١٣ ـ وجد في واحد من الرسوم أن الفرد الضابط اتجه في اختياره للقائد خارج الجماعة.

١٤ ـ وجد في واحد من الرسوم أنه رغماً من اتجاه الفرد التجريبـي في اختياره للقائد من بين أفراد الجماعة وهو «النجم» إلاّ أن أحداً لم يختره كقائد.

١٥ ـ وجد في واحد من الرسوم أن الفرد التجريبـي اتجه في اختياره للقائد خارج أفراد الجماعة ولم يقم أحد باختياره كقائد.

١٦ ـ وجد في أحد الرسوم أن الفرد الضابط تساوى في عدد الاختيارات مع أحد أفراد مجموعته الفرعية في قيادة الجماعة. كما تبادل الفرد الضابط والفرد الذي يساويه في عدد الاختيارات الاختيار كقيادة.

١٧ ـ وجد في أحد الرسوم أن الفرد الضابط معزول من بين أفراد الجماعة، فهو يتجه في اختياره للخارج إلى جانب عدم اختياره وتجاهله من جانب زملائه.

١٨ ـ وجد في أحد الرسوم أن الفرد التجريبـي (ك) قد تمتع باختيار أحد أفراد الجماعة كقائد إلى جانب اتجاه في اختيار القائد نحو الجماعة.

١٩ ـ في مقابل ما سبق وجد أن أحد الأفراد التجريبين اتجه في اختياره للقائد من خارج الجماعة بينما اختير كقائد من بين أحد أفراد جماعته.

٢٠ ـ وجد في أحد الرسوم أن الفرد الضابط بينما اتجه في اختياره للقائد خارج الحماعة حصل على أكبر عدد من الاختيارات.

الرسوم بالنسبة: للمكانة الاجتماعية

(١) مجموعة: (م. ح) تجريبية ـ بول سكري، (ح. ع) ضابطة

١ ـ انقسام الجماعة لمجموعتين، الجماعة الأولى من ستة أفراد، والأخرى مكونة من ثلاثة أفراد.

٢ ـ الفرد الضابط والفرد التجريبـي يقعان في المجموعة الكبيرة.

٣ ـ يوجد اختيار متبادل بين فردين في كل من الجماعتين.

٤ ـ الفرد التجريبـي يختار الفرد الضابط ولا يختار أحد.

٥ ـ الفرد الضابط بمثابة النجم في الجماعة إذ يحصل على ثلاث اختيارات أي حوالي ٦٠٪ من أفراد الجماعة الأصلية.

والنتيجة النهائية أن الفرد الضابط يتمتع بمكانة اجتماعية بين أفراد جماعته بينما الفرد التجريبـي منبوذ ومعزول منهم.

(٢) مجموعة (ر. ف. ع.) تجريبية ـ ارتفاع ضغط، (ع. ع)، ضابطة

نلمح في السوسيوجرام (٢) ما يلي:

١ ـ يتسم بناء الجماعة بوجود جماعة فرعية مكونة من فردين منبوذين من أفراد الجماعة كما أنهما لا يكونان شلة، فأحدهما يختار الآخر بينما الثاني يتجه في اختياره إلى الخارج.

٢ ـ يتمتع الفرد الضابط بمكانة اجتماعية عالية إذ يحصل على أكبر عدد من الاختيارات فهم محط نظر زملائه.

٣ ـ توجد علاقة متبادلة بين الفرد الضابط وأحد أفراد الجماعة.

٤ ـ يشير تمتع الفرد الضابط بمكانة سوسيومترية عالية إلى اتصافه في تقدير أعضاء الجماعة بسمات شخصية هي موضع التقدير في نظرهم.

(٣) مجموعة (س. م. ع) تجريبية ـ التهاب معدة، (س. ا.) ضابطة

ياضح في السوسيوجرام رقم (٣) الآتي:

١ ـ تتركز المكانة الاجتماعية في ىحد الأفراد لا هو بالضابط ولا هو بالتجريبي.

٢ ـ يحظى الفرد الضابط بمكانة اجتماعية تالية، كما أنه يتبادل الاختيار بينه وبين الفرد الذي يتمتع بأكبر اختيار.

٣ ـ أما الفرد التجريبي فهو معزول يختار ولا يختار، إذ يتجاهله باقي أفراد الجماعة رغماً من صغرها، ومما يتوقع بناء على ذلك أن تكون علاقتهم ببعض وثيقة ووطيدة.

(٤) مجموعة (. س. س) تجريبية ـ قولون. (ف. ا) ضابطة

من السوسيوجرام رقم (٤) يتضح أن:

١ ـ تنقسم الجماعة إلى ثلاث مجموعات فرعية، يقع الفرد التجريبي في أحدها والبالغ عددها سبعة أفراد. والفرد الضابط في مجموعة أخرى عددها خمسة أفراد، والمجموعة الثالثة مكونة من فردين لا يكونان شلة، فأحدهما يختار الآخر، بينما يتجه والمجموعة الثالثة مكونة من فردين لا يكونان شلة. فأحدهما يختار الآخر، بينما يتجه الآخر في اختياره خارج الجماعة.

٢ ـ يختار الفرد التجريبي من بين أعضاء الجماعة بينما لا يختار الفرد الضابط من أحد.

٣ ـ تعتبر النتيجة السابقة على غير ما نتوقع ولا نجد مبرراً يفسر ذلك سوى احتمال أن يكون المريض الذي لديه التهاب القولون يتميز بخصائص وبمثله يحظى بمكانة اجتماعية أكبر من الفرد الضابط، أو هو عطف الآخرين بسبب المرض.

مجموعة (ع.م.ا) ضابطة

من السوسيوجرام رقم (٥) يتضح:

١ ـ أن الجماعة تشكل فيما بينها مجموعة واحدة أي لا توجد شلل أو مجموعات فرعية.

٢ ـ رغماً من ذلك فإنه توجد كثيراً من العلاقات الهامشية.

٣ ـ يحصل الفرد الضابط على عدد من الاختبارات تشير إلى أنه يحظى بالمرتبة الثانية في المكانة.

٤ ـ يختار الفرد الذي يتمتع بمكانة اجتماعية أولى الفرد الضابط، بينما ذلك الأخير لا يختاره.

٥ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط وفرد آخر يقع في سلسلة اختيار.

(٥) مجموعة (ي. م. م.) تجريبية ـ بول سكري

نخرج من السوسيوجرام رقم (٥) ما يلي:

١ ـ الجماعة تشكل فيما بينها مجموعة واحدة وإن كان ذلك يشير للتماسك، ولعدم وجود شلل أو جماعات فرعية إلا أن هناك الكثير من العلاقات الهامشية مما يشير في نفس الوقت لعدم التماسك.

٢ ـ يتجه الفرد الضابط في اختياره ناحية الجماعة، لكنه متجاهل منها.

٣ ـ يقع بناء على ذلك الفرد التجريبي ضمن المنبوذين والمعزولين من الجماعة.

(٦) (ع. م. س.) ضابطة

من السوسيوجرام رقم (٦) يتضح:

١ ـ إن الفرد الضابط منبوذ ومعزول من أفراد الجماعة.

٢ ـ أنه يلجأ في إقامة علاقاته واتصالاته خارج الجماعة.

(٦) مجموعة: (ك. ف. ا) تجريبية ـ ارتفاع ضغط

يشير السوسيوجرام رقم (٦) إلى:

١ ـ أن الفرد التجريبي يتمتع بمكانة اجتماعية بين زملائه إذ يحصل على أعلى الاختبارات.

٢ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد التجريبي وبين المشرف الرسمي.

(٧) مجموعة (م.ا.) ضابطة

يتسم السوسيوجرام رقم (٧) بما يلي:

١ ـ انقسام الجماعة المجموعتين أحدهما مكونة من أربع أفراد، والثانية من ثلاث أفراد يقع فيها الفرد الضابط.

٢ ـ يتمتع الفرد الضابط بمكانة اجتماعية في مجموعته الفرعية، هي الأولى، إذ يحصل على أكبر عدد من الاختيارات.

٣ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط وبين أحد أفراد جماعته.

٤ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط وبين أحد أفراد جماعته.

٤ ـ يوجد اختيار متبادل بين فردين من أفراد المجموعة الفرعية الأخرى التي لا يوجد بها الفرد الضابط.

٥ ـ إن دلت الاختيارات المتبادلة على ما يشير للتماسك، إلا أن هناك من العلاقات الهامشية ما يشير للتفكك في المجموعتين الفرعيتين.

(٧) مجموعة (ع.ا.ع) تجريبية ـ معدة

يتضح من السوسيوجرام رقم (٧) ما يلي:

١ ـ انقسام الجماعة لمجموعتين فرعيتين إحداهما مكونة من ثلاث أفراد ويوجد بها الفرد التجريبي.

٢ ـ يتمتع الفرد التجريبي بأعلى الاختيارات بين مجموعته الفرعية، لكنه يتجه في اختياره خارج الجماعة.

٣ ـ يوجد اختيار متبادل بين أفراد المجموعة التي لا يوجد بها الفرد التجريبي كما أن بها سلسلة اختيار.

(٨) مجموعة (ف . ز . از) ضابطة

يشير السوسيوجرام رقم (٨) إلى:

١ ـ انقسام الجماعة المجموعتين إحداهما مكونة من فردين يمثلان شلة يتبادلان الاختيار فيما بينهما، أما الثانية فهي مكونة من خمسة أفراد يوجد بها الفرد الضابط.

٢ ـ يوجد اختيار متبادل بين الفرد الضابط والفرد يتساوى معه في عدد الاختيارات.

٣ ـ يوجد سلسلة اختيار بين إفراد الجماعة، فالفرد (١) يختار الفرد (٢)، و (٢) يختار الفرد (٣)، وهذان الأخيران يتبادلان الاختيار.

(٨) مجموعة (ا . م . ا .) تجريبية ـ اثنا عشر

يتضح من السوسيوجرام رقم (٨) أن:

١ ـ الفرد التجريبي منبوذ ومعزول من أفراد الجماعة.

٢ ـ يختار الفرد التجريبي أحد أفراد مجموعته، بينما لم يختره أحد منهم.

٣ ـ توجد سلسلة اختيار بين أفراد الجماعة، فالفرد (١) يختار الفرد (٢)، و (٢) يختار الفرد (٣)، والفرد (٣) يختار الفرد (٧)، وذلك الأخير يتبادل الاختبار مع الفرد (٢).

(٩) مجموعة: (ح . م . ج) ضابطة

يشير السوسيوجرام رقم (٩) إلى:

١ ـ انقسام الجماعة إلى ثلاثة مجموعات، الأولى مكونة من أربعة أفراد، والثانية مكونة من ثلاثة أفراد، والثالثة مكونة من فردين.

٢ ـ يوجد أربعة أفراد معزولون من بين أفراد الجماعة، والفرد الضابط أحد هؤلاء.

٣ ـ توجد سلسلة اختيار بين الجماعة المكونة من أربع أفراد وإن كان الفرد رقم (٥) يتجه في اختياره خارج جماعته.

(٩) مجموعة (ك.م.م.) تجريبية ـ ارتفاع ضغط، (ع.ع.ح.) تجريبية ـ

التهاب مفاصل

يتسم السوسيوجرام رقم (٩) بما يلي:

١ ـ انقسام أفراد الجماعة لمجموعتين أحدهما مكونة من خمسة أفراد يوجد بها الفردان التجريبيان، والمجموعة الثانية تتكون من تسع أفراد.

٢ ـ توجد سلسلة اختيار في المجموعة الصغيرة فالفرد (١) يختار الفرد (٢)، و (٢) يختار الفرد (٣)، و (٣) يتجه لخارج الجماعة في اختياره.

٣ ـ يوجد سلسلة اختيار أخرى في المجموعة الصغيرة فيتجه (٦) فيختار (٢)، و (٢) يختار (٣).

٤ ـ يوجد اختيار متبادل بين أفراد المجموعة الكبيرة فالفرد (١٠) يختار الفرد (٩)، ويختار ذلك الأخير نفس الفرد (١٠).

٥ ـ توجد في المجموعة الكبيرة سلاسل اختيار، فالفرد (١١) يختار الفرد (١٢)، و (١٢) يختار الفرد (٩)، و (٩) يختار (١٠).

٦ ـ يتجه الفردان التجريبيان (ك، ع) في اختيارهما للجماعة.

(١٠ مجموعة (ا.ف) ضابطة

يتسم السوسيوجرام رقم (١٠) بما يلي:

١ ـ انقسام أفراد الجماعة لمجموعتين أحدهما تتكون من أربع أشخاص من بينهم الفرد الضابط، والثانية من فردين.

٢ ـ يتجه الفرد الضابط في اختياره خارج الجماعة رغماً من أنه يحصل على أكبر عدد من الاختيارات.

تعليق على «سوسيوجرام» المكانة الاجتماعية

من الرسوم السابقة نستطيع أن نستخلص المقارنة التالية بين المجموعتين:

١ ـ وجد في أحد الجماعات التي ينتمي لها كل من الفرد الضابط والتجريبي أنها تنقسم لمجموعتين يقع كل من الفردين في المجموعة الكبيرة.

٢ ـ يتمتع الفرد الضابط بأعلى مكانة تلي «النجم» لحصوله على أكبر عدد من الاختيارات.

٣ ـ الفرد التجريبي لا يتمتع بمكانة من بين أفراد مجموعتين وإن اتجه في علاقاته نحوهم.

٤ ـ يتمتع الفرد الضابط في أحد الجماعات بمكانة اجتماعية عالية إذ يحصل على أكبر عدد من الاختيارات، فهو محظ نظر زملائه في مجال العلاقات إلى جانب أن الفرد التجريبي يتجه في علاقاته نحو الفرد الضابط.

٥ ـ وجد أن الفرد الضابط وهو محط نظر زملائه الاختيار بينه وبين أحد أفراد مجموعته بينما هذا الفرد لم يتمتع باختيار من أحد من أفراد جماعته سوى الفرد الضابط.

٦ ـ في أحد المجموعات وجد أن المكانة الاجتماعية تتركز في أحد الأفراد لا هو بالضابط ولا بالتجريبي.

٧ ـ وجد في الجماعة التي أشير إليها في (٦) أن الفرد الضابط حظي بمكانة اجتماعية تالية، كما أنه يتبادل الاختيار بينه وبين الفرد الذي يتمتع بمكانة اجتماعية عالية.

٨ ـ في أحد الجماعات وجد أن الفرد التجريبي معزول ومنبوذ من بين زملائه.

٩ ـ في أحد الجماعات انقسمت الجماعة في علاقاتها إلى ثلاث مجموعات فرعية يقع الفرد التجريبي في مجموعة فرعية يبلغ عددها سبعة أفراد، والفرد الضابط في مجموعة فرعية أخرى يبلغ عددها خمسة أفراد. والمجموعة الفرعية الثالثة مكونة من فردين، اختار أحدهما الآخر، بينما يتجه الأخير في علاقاته خارج المجموعة.

١٠ ـ وجد في المجموعة السابقة أن الفرد التجريبي اختار في مجال علاقاته أحد أفراد جماعته الفرعية واختير من بينهم.

١١ ـ في نفس الجماعة السابقة وجد أن الفرد الضابط لم يختره أحد في مجال العلاقات، بينما هو اتجه في ذلك لداخل جماعته الفرعية.

١٢ ـ في أحد الرسوم وجد أن الفرد الضابط حصل على عدد من الاختيارات تشير إلى أنه يحظى بالمرتبة الثانية في مجال العلاقات الاجتماعية أي مكانته بين زملائه.

١٣ ـ وجد في نفس الرسم أن الفرد الضابط مختار في مجال الاتصالات الاجتماعية من جانب الفرد الذي يتمتع بأكبر عدد من الاختيارات، بينما لا يختاره الفرد الضابط.

١٤ ـ يوجد اختبار متبادل بين الفرد الضابط وآخر يقع في سلسلة اختيار.

١٥ ـ في أحد الرسوم وجد الفرد الضابط منبوذاً أو معزولاً من جانب الجماعة ويتجه في اختياره خارج الجماعة.

١٦ ـ في أحد الجماعات وجد أن الفرد التجريبي يتمتع بأعلى درجات الاتصال الاجتماعي إذ حصل على أكبر عدد من الاختيارات، كما يوجد اختيار متبادل بينه وبين المشرف الرسمي.

١٧ ـ في أحد المجموعات تمتع الفرد الضابط بأكبر عدد من الاختيارات في جماعته الفرعية، كما يوجد اختيار متبادل بينه وبين أحد أفراد جماعته.

١٨ ـ وفي مجموعة أخرى تمتع الفرد التجريبي بأعلى الاختيارات في جماعته، ولكنه اتجه في اختياره خارج الجماعة، ويعني ذلك أنه رغماً من حصوله على هذا العدد من الاختيار إلّا أن اتجاهه خارج الجماعة يشير إلى قدر من النبذ والعزلة.

١٩ ـ في أحد المجموعات تمتع الفرد الضابط بمكانة اجتماعية غير مساوية للمكانة الاجتماعية التي حصل عليها أحد أفراد جماعته من حيث عدد الاختيارات كما يوجد اختيار متبادل بينهما.

٢٠ ـ الفرد التجريبي وجد في أحد الجماعات أنه بينما يتجه في اختياره من بين أفراد الجماعة إلّا أنه لا يوجد أحد من أفراد جماعته يقوم باختياره.

٢١ ـ وجد في أحد الجماعات التي يقع فيها الفرد الضابط أن بها الكثير من الجماعات الفرعية وهو معزول من هذه الجماعات فلا يتجه أحد لاختياره كما أنه يتجه في اختياره إلى خارج الجماعة.

٢٢ ـ في أحد الجماعات وجد بها فردان تجريبيان، وقد انقسمت هذه الجماعة لجماعتان فرعيتان، تجمع الفردان التجريبيان في أصغرهما على أكبر عدد من الاختيارات، كما اختير من جانب الفرد التجريبي الآخر والذي لم يحظ بأي اختيار من جانب آخر.

الفصل الثامن عشر

تفسير النتائج

أولاً: تفسير نتائج اختبارات الاستعدادات والقدرات.
ثانياً: تفسير نتائج مقياس الروح المعنوية.
ثالثاً: تفسير نتائج قائمة كورنل.
رابعاً: تفسير نتائج الاختبار السوسيومتري.

أولاً: نتائج اختبارات الاستعدادات والقدرات الخاصة

تمخضت تجربة التحليل العاملي لاختبارات الاستعدادات والقدرات عن وجود عامل يجري بين هذه الاختبارات، وسمينا هذا العامل بعامل «سرعة إدراك العلاقات المكانية» ويصل تشبع هذا العامل باختبار سرعة إدراك العدد ٠,٦٣٨، وباختبار التجميع الميكانيكي ٠,٤٥٨ وباختبار الفهم ٠,٠٧٩، ويعتبر التشبع الوحيد المشبع تشبعاً دالاً بهذا العامل هو تشبع اختبار سرعة إدراك العدد.

وفي محاولة منا لتفسير هذا العامل نجد أن ثرستون قد اكتشفه عام ١٩٣٨ وهو نفس العامل الذي اكتشفه جلفورد، ولاس عام ١٩٤٧، إذ وجدوا أن هذا العامل شائع في الاختبارات المكانية واعتبراه نوع من التعرف الإدراكي Perceptual awarness، وهذا لا يعني أن سرعة الإدراك قاصر على المجال المكاني أو الميكانيكي. فلقد ظهر عامل مقابل له في أبحاث فرنون وجلفورد وذلك في الاختبارات اللفظية.

كما أن العامل «أ» الذي ظهر في بحث الدكتور محمد عبد السلام كان شائعاً في الاختبارات اللفظية (٣٩: ٥٥) وهذا ما يبرر تشبع اختبار الفهم بهذا العامل في هذا البحث وإن كان تشبعاً غير دال.

وإنه لمما لا شك فيه أن هذا العامل له علاقة بالتوافق المهني للمرضى السيكوسوماتيين فقد دلت نتائج التجربة الأساسية أن أكبر اختبار

يتشبع بهذا العامل هو اختبار سرعة إدراك العدد إذ يميز تمييزاً دالاً بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في غير صالح تلك المجموعة الأخيرة، إذ يصل متوسط درجاتها على هذا الاختبار ١٣ بينما متوسط المجموعة الضابطة ١٦,٥ ، كذلك الأمر بالنسبة للاختبارين الآخرين الذي يتشبع بهما هذا العامل وهما التجميع الميكانيكي والفهم، فقد ميزا تميزاً دالاً بين المجموعتين في غير صالح المجموعة التجريبية.

مجمل الكلام أن عدم توفر هذا العامل والذي أثبتت الكثير من البحوث علاقته بالنجاح في العمل، لدى المرضى السيكوسوماتيين يشير إلى أنه له علاقة باضطرابهم سيكوسوماتياً، فنقص مكونات هذا العامل لديهم أعاق قيامهم بالعمل إذ صار أداؤهم يقل عن الأداء المتوقع منهم من قبل رؤسائهم، بل ومن قبل زملائهم أيضاً، حيث تكون المقدرة على الأداء والتي هي نتاج الاستعداد والتدريب هي المحك الفاصل، فترتب على ذلك أو بمعنى أصح اقترن به أن وقعوا في زمرة «سيئي التوافق» فالأداء غير الناجح يقابله عقاب، والعقاب تتعدد صوره وتبلغ أقصاها في الجزاءات، والذي يترتب عليه أمرين:

أولهما: عاجل وهو خصم قيمة الجزاء من أجر العامل.

وثانيهما: آجل إذ يقف الجزاء دون ترقية العامل ونموه في عمله، كل ذلك يعني زيادة في الضغوط وزيادة في الإحباطات مما يترتب على الأخيرة الاضطراب السيكوسوماتي.

وهناك الكثير من البحوث التي تشير إلى علاقة الانفعال بالإدراك. فهناك بحث أجري في البيئة المحلية عن أثر الشحنة الانفعالية في الإدراك حيث استخدم الباحث في هذه الدراسة الكلمات كمثيرات «للشحنة الانفعالية» وأثر ذلك على المجال الإدراكي للفرد، ولقد أشار البحث إلى أن الشحنة الانفعالية السابقة أدت إلى ضيق المجال الإدراكي، بينما أدت المثيرات ذات الشحنة الانفعالية الموجبة إلى حدوث اتساع في المجال

الإدراكي لهم، كما تبين من البحث أيضاً أن المثيرات ذات الشحنة الانفعالية الموجبة أدت إلى حدوث نقص في مقدرة التمايز في المجال الإدراكي للأفراد (٤٠ : ١).

وقد أكد هذا البحث أثر الانفعال في الإدراك وذلك في المجال التجريبي حيث يتم خلق كل ظروف البحث والتجربة أما في الدراسات الميدانية فإنه من الصعب الحسم بأن «ا» هو السبب، «ب» هي النتيجة، لكنه من المحتمل أن يلتقي بحثنا في نتائجه مع هذه الدراسة لو سلمنا بوجود اضطرابات انفعالية مسبقة للاضطراب السيكوسوماتي(*).

وأهم ما يشير إلى وجودها محك التنقل من عمل إلى آخر والذي تم فيه حساب المرات التي انتقل فيها كل فرد من المجموعتين لأعمال مختلفة. لكننا ننظر في تفسير هذا العامل من وجهة نظر أن هؤلاء المرضى لم تكن قدراتهم مناسبة لعملهم ، فتضافر ذلك مع عوامل أخرى بالطبع واقترن به الاضطراب السيكوسوماتي.

ونسوق فيما يلي بحثين عن التوافق المهني أجريا في البيئة المحلية استخدم الباحث في أحدهما اختبارين من الاختبارات التي استخدمناها، وهما اختباري الفهم وسرعة إدراك العدد واستخدم في الثاني اختبار الفهم.

والدراسة الأولى عن «سيكولوجية العامل المشكل في الصناعة»، فقد استخدم الباحث اختبار وكسلر بلفيو وذكر في نتائجه: زاد متوسط الدرجة في سبعة اختبارات فرعية هي: الفهم العام ـ المفردات ـ تكميل الصور ـ رسوم المكعبات ـ تجميع الأشياء ـ رموز الأرقام، في المجموعة الضابطة عن التجريبية من المشكلين إلا أن هذه الزيادة لم تصل لمستوى الدلالة الإحصائية إلا في واحد فقط هو: الفهم العام إذ بلغ متوسط الأسوياء عليه ٩,٧، متوسط المشكلين ٨,٤٥ ودرجة «ت» ٢,٠٨ والدلالة عند ٠,٠٥،

بينما كان في دراستنا متوسط اختبار الفهم لدى الأسوياء ٩,١٦، ومتوسط المرضى السيكوسوماتيين عليه هو ٦,٩٨ ودرجة «ت» ٣,٢٥، ومتوسط الدلالة عند ٠,٠١، ٠,٠٥.

وهكذا يتضح لنا أن الاختبار يميز بدرجة عالية من الثقة بين المرضى والأسوياء، كما تشير الدرجة المنخفضة عليه إلى سوء توافق العامل في عمله والدرجة المرتفعة إلى توافق مهني (٢٦: ١٥٥).

أما الدراسة الثانية فهي لنفس الباحث أيضاً وهي عن العلاقة بين الإصابات في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء، ومبرر تناولنا لذلك البحث الأخير بالذات هو ما يعتبره البعض وما نجده في المراجع لدى دنبار، وإنجلش، وغيرهم من أن المستهدفين للإصابات يقعون ضمن فئات الاضطرابات السيكوسوماتية وإن كان كل من هذين الموضوعين ما زال يدخل في الفرع الخاص به في علم النفس، فالإصابات تعالج ضمن ما تعالجه كتب علم النفس الصناعي، الاضطرابات السيكوسوماتية تعالج ضمن كتب علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المرضي. وقد وجد في هذه الدراسة أيضاً أن اختبار الفهم قد ميز بين مجموعة الإصابات والمجموعة التي لا تقع في حوادث، وكان الفرق دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ وكان المتوسط ١٠,٤٠ للتجريبية وللضابطة ٩,٠٦ ويتضح أن الفرق هنا لصالح المجموعة التجريبية ولقد فسر الباحث هذه الزيادة في ضوء ما يقال عن رابا بورت، وهو أن الدرجة العالية من الفهم العام توجد غالباً في العصابيين وفي الأسوياء المتوافقين توافقاً حسناً ولا توجد عادة في الحالات الذهانية، فذهب إلى القول بأنه يفترض أن وجود قدر كبير من الخبرة العملية وتقييم الفرد لها يجعله أكثر ثقة بنفسه، ربما لدرجة تدفعه لأن يدس يده في كل شيء مدعياً خبرته به ومن ثم يزداد احتمال وقوعه في الإصابات (٢٥: ١٤٨، ٢٠١).

لكننا نرى أن تفسير انخفاض الاختبار في علاقته بالاضطراب

السيكوسوماتي في دراستنا يستقيم والرأي القائل بوجود ذهان لدى أفراد المجموعة التجريبية وهذه علامة من علامات سوء توافق تلك المجموعة في عملهم عن المجموعة الضابطة.

والاختبار الثاني الذي استخدمه الباحث هو نفس الاختبار الذي استخدمناه أيضاً وهو اختبار سرعة إدراك العدد فلم يجد الباحث فرقاً دالاً بين مجموعة الإصابات والمجموعة الضابطة على هذا الاختبار إذ بلغ متوسط المجموعة التجريبية ٢,٤٤ والضابطة ٢١,٧٥ والدرجة التائية ٠,٣٧ بينما بلغ متوسط المجموعة التجريبية في دراستنا ١٣ والضابطة ١٦,٥٠ والدرجة «ت» ٢,٣٨ ومستوى الدلالة عند ٠,٠٥ ورغماً من أن بحث الإصابات لم يجد فرقاً دالاً بين المجموعتين إلا أن بحث دريك Drake في مجال الإصابات وجد فرقاً دالاً إحصائياً بين المجموعتين.

وفي نهاية الأمر نجد أن الدرجة المنخفضة لاختباري الفهم والسرعة الإدراكية لدى أفراد المجموعة التجريبية له علاقة بسوء توافقهم في عملهم. أما اختبار التجميع الميكانيكي وهو الاختبار الذي يتشبع تشبعاً مرتفعاً بعامل السرعة الإدراكية يصل إلى ٠,٤٥٨ فهو ـ إلى جانب اختبار سرعة إدراك العدد والذي نقوم بتسميته في هذا العامل بعامل سرعة إدراك العلاقات المكانية خاصة أن هذا الاختبار يقيس إدراك العلاقات والمتعلقات الميكانيكية والتصور المكان ويصل متوسط د،رجات المرضى السيكوسوماتيين ٦,١ ومتوسط درجات الأسوياء ٨,٠٩ وقيمة «ت» ٢,١٧ ومستوى الدلالة عند ٠,٠٥ وتشير الدرجة على هذا النحو إلى أن نقصها لدى المرضى السيكوسوماتيين له علاقة بسوء توافقهم.

ولعل الدراسة الفرعية التي أجريناها على مجموعتي الجهاز المعدي معوي ومجموعة القلب والأوعية وقدرة اختبار سرعة الإدراك في التمييز بين هاتين المجموعتين وبين الأسوياء تمييزاً دالاً في صالح الأسوياء ما يشير إلى أن هذا العامل له علاقة ليس فقط بمجموعة الاضطراب السيكوسوماتي

بل والفئات الإكلينيكية الفرعية التي تقع تحت نطاقها مع تسليمنا منذ البداية أن كل فئات الاضطراب السيكوسوماتي لم تمثل في هذه الدراسة، كما أن التمثيل لم يكن بنسب متساوية، لأنه كانت هناك قواعد اخترنا على أساسها العينة كما سبق أن بينا.

ثانياً: نتائج مقياس الروح المعنوية

(١) تفسير العامل الأول: الروح المعنوية

تشير نتائج التدوير المتعامد لهذا العامل إلى تمتعه بالخصائص الآتية:

١ ـ نسبة تباين هذا العامل ٤٦٪ من نسبة التباين الكلي.

٢ ـ يعتبر متغير المكانة والتقدير أعلى متغيرات الروح المعنوية تشبعاً بهذا العامل إذ يصل تشبعه إلى ٠,٩٣.

٣ ـ يعتبر متغير أعراض الروح المعنوية أدنى متغيرات الروح المعنوية تشبعاً بهذا العامل وهو من المحكات إذ يصل تشبعه إلى ٠,٣٥.

٤ ـ يعتبر متغير الأداء في العمل أدنى المتغيرات تشبعاً بهذا العامل وهو من المحكات إذ يصل تشبعه إلى ٠,٠٨.

٥ ـ باختبار دلالة تشبعات متغيرات هذا العامل بمعادلة الخطأ المعياري لبيرت وبانكز وبتطبيقها على أدنى المتشبعات (محك الإجازات المرضية ٠,٣٢) فوجد أن تشبعه أقل من الخطأ المعياري ومن ثم فإن هذا التشبع ليست له دلالة.

٦ ـ بإعادة الخطوة السابقة على التشبع الأكبر من تشبع الإجازات المرضية وهو تشبع أعراض الروح المعنوية وجد أنه أكبر من الخطأ المعياري.

٧ ـ وقياساً على ما تجمع عليه كل طرق التحليل العاملي (العاملين

لسبيرمان الثنائية لهولزنجر ـ المتعددة لثرستون) فإن العامل الأول يكون مشبعاً بطبيعة متغيرات البحث، كما أن ثرستون يقول: بأنه يتضمن كل شيء مما تقيسه اختبارات البطارية ولا معنى له إلا بعد التدوير، فإننا نقترح تسمية هذا العامل «بالروح المعنوية» وهي تعني في هذا المجال: مقدار الحماسة والاندفاع الإيجابي نحو العمل، وهذا المقدار يتحدد بمدى توحد أهداف الأفراد مع أهداف العمل من ناحية، ومع أهداف جماعة العمل من ناحية أخرى، وهي نتاج للتفاعل الناتج من اتساق أهداف هاتين الناحيتين (٣٣: ١٣).

فالروح المعنوية على النحو المقاس في المتغيرات السابقة المحللة عاملياً والتي كانت استجابات المرضى السيكوسوماتيين على متغيراتها أقل بدرجة دالة إحصائياً من المجموعة الضابطة، أي أن تميز المرضى السيكوسوماتيين عن المجموعة الضابطة بانخفاض روحهم المعنوية له علاقة باضطرابهم، لكن هناك متغيرات متعلقة بالروح المعنوية لم يكن لها علاقة بالاضطراب، ولذلك لم نخضعها للتحليل العاملي، وهذه المتغيرات هي: مزايا العاملين، الود والتعاون بين العاملين، علاقة العمال بالمشرف.

وقد يرجع ذلك إلى ناجيتين، الأولى منها ما أشارت إليه دراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية من ارتباط هذه المتغيرات بمتغيرات أخرى ارتباطاً مرتفعاً ودالاً، إذ يرتبط متغير مزايا العاملين أعلى ارتباط بمتغير كفاءة الإدارة فيصل الارتباط إلى ٠,٧٨ ويرتبط بمتغير الثقة في الإدارة ارتباطاً يصل إلى ٠,٦٤، أما متغير الود والتعاون بين العاملين فيرتبط أعلى ارتباط بمتغير الأمنة في العمل إذ يصل إلى ٠,٥٥ وأما متغير علاقة العمال بالمشرف فيرتبط بمتغير قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته ارتباطاً يصل إلى ٠,٦٥ وبمتغير الأمنة في العمل ارتباطاً يصل إلى ٠,٥٩ (٨٩: ٦٢).

وتشير هذه الارتباطات إلى أن متغيرات كفاءة الإدارة والثقة في

الإدارة والأمنة في العمل، وقدرة الإشراف على تنظيم العمل، تقيس نفس ما تقيسه المتغيرات التي تميز تميزاً دالاً بين المرضى السكوسوماتيين وبين الأسوياء.

وفي دراستنا للاختبار السوسيومتري ما يؤيد عدم تمييز هذه المتغيرات بين المجموعتين . فقد تبين أنه لا فرق بينهما في مجال العلاقات الداخلية وهي نفس ما يقيسه متغير الود والتعاون بين العاملين وعلاقة العمال بالمشرف.

خلاصة القول وهو ما تؤكده نتائج هذه الدراسة من أن للروح المعنوية علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي، فعدم وضع العامل في العمل الذي تدرب عليه وحصل على خبرة فيه، وإحساسه بعدم قيمة عمله من جانب الشركة، وما يترتب على ذلك من عدم اعتزازه بعمله أمام الناس يقترن باضطرابه سيكوسوماتياً.

كما أن عدم إحساس العامل بالأمن والذي يتمثل في عدم الحرية في إبداء رأيه بصراحة خوفاً من الاستغناء عنه، ورغبته في تغيير عمله بعمل آخر مضمون، وعدم شعوره بالاطمئنان له علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي.

كذلك فإن قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته والذي يتمثل في عدم توفير ظروف عمل ملائمة، وعدم شرح خطوات العمل للعمال له علاقة بسوء توافقهم في عملهم.

إضافة إلى أن متغير عدم التوحد مع الشركة والذي يتمثل في رغبة المرضى في التنقل من العمل، وعدم ميلهم العودة إليه بعد الغياب أو الإجازة وتفضيله ترك العمل مهما كانت المزايا من علاوة أو درجة له علاقة بسوء توافقه في عمله.

كما يعتبر شعور العامل بعدم كفاءة الإدارة والذي يتمثل في عدم وجود تعاون بين أقسام الشركة، وعدم انضباط تعليمات الإدارة، وعدم

اهتمام الإدارة بتحسين أحوال العمل له علاقة أيضاً بسوء توافقهم في عملهم.

وهذا يتطابق مع القول الآتي: «كلما شعر القائم بالعمل بالارتياح النفسي والأمن زادت قدرته على الإنتاج وارتفعت شدة دوافعه للعمل وازداد ولاؤه للمؤسسة التي يعمل بها، وقوي شعوره بالانتما لها Affiliation والتوحد معها»(١٢ : ٢٠٨).

وتشير تلك المتغيرات إلى أن الأمن النفسي أي الحاجة إلى أن يكون الفرد موضع حب وعطف وعناية في عمله والتي تدفعه إلى الاطمئنان على عمله ومستقبله وحقوقه ومركزه الاجتماعي، له علاقة دون شك بتوافقهم المهني وعدم إرضاء هذه النواحي لدى العمال له علاقة أيضاً بسوء توافقهم في مهنهم (١١ : ٢٥٨). كما أن الحاجة إلى التقدير Esteem Needs هي التي تدفع الفرد إلى أن يكون موضع قبول وتقدير واعتبار من جانب الآخرين، وما يترتب على ذلك من شعور بالأمن له علاقة بسوء توافقهم.

وهناك الكثير من البحوث التي أجريت على عمال بمصنع أمريكي للطائرات أثناء الحرب العالمية الثانية عن الأسباب التي يمكن اعتبارها مثالاً لأسباب ترك العمل. وقد ظهر فيها أن نصف هذه الأسباب تتصل بالعمل وظروفه، وأن النصف الآخر أسباب شخصية، فأما الأسباب المهنية مرتبة حسب تكرارها، فهي عدم الرضا بالمركز في العمل، الرغبة في عمل الآخر، عدم الرضا عن العمل بوجه عام، أما الأسباب الشخصية فهي أسباب صحية، المواصلات، مسؤوليات المنزل (٣: ٤٧٠).

وقد ظهر الجانب المعنوي في تجارب ليفين Lewin ولبيت وهوايت White & Lippitt للأجواء الدكتاتورية والديمقراطية والفوضوية بمعنى التجاذب التلقائي بين أفراد الجماعة، والعمل معاً نحو هدف مشترك، فكان أكثر ما يكون في الجماعات الديمقراطية ويكفي أن نقتبس من هذه الدراسة الجدول (٨٧) الخاص بمتوسط إشارات الود التي ظهرت من العضو نحو باقي الأعضاء في الجماعة كما ظهرت في اجتماع لمدة ساعة.

رقم	الأجواء	متوسط الإشارات
١	الديمقراطية	٢٦٫١٠
٢	الدكتاتورية (المجموعة العدوانية)	٢١٫٧٠
٣	الفوضوية	٢٠٫٦٠
٤	الدكتاتورية (المجموعة الخاضعة)	١٧٫١٠

جدول (٨٧) متوسط إشارات الود فى تجربة ليفين عن الأجواء الاجتماعية

ويكشف الجدول (٨٧) عن أهمية أحد متغيرات الروح المعنوية وهو قدرة الإشراف على تنظيم العمل، فكلما اتسم الإشراف بالدكتاتورية كلما قل الود بين الزملاء، وكلما اتسم الإشراف بالديمقراطية زاد الود والتعاون بين الزملاء، ويؤيد هذا الكلام جدول (٨٨) نقتبسه من نفس الدراسة السابقة وهو يوضح لنا ازدياد التذمر من العضو.

		التذمر		
رقم	الأجواء	نحو القائد	نحو الأعضاء	مجموع
١	الديمقراطية	٨ر٠	٨ر٠	٦ر١
٢	الفوضوية	٥ر١	١ر٣	٦ر٤
٣	الدكتاتورية (المجموعة الخاضعة)	٠ر٢	١ر٢	١ر٤
٤	الدكتاتورية (العدوانية)	١ر١١	٤ر٤	٥ر١٥

جدول (٨٨) كمية تذمر الأعضاء فى تجربة ليفين من الأجواء الاجتماعية

ويظهر من الجدول (٨٨) أن كمية التذمر (وهي علامة من علامات انخفاض الروح المعنوية) النابعة من الأجواء الفوضوية (بنوعيها) والدكتاتورية بنوعيها أكبر منها في الديمقراطية (٧: ٣٢٦، ٣٢٧).

ومما يؤيد ما سبق ما كتبه برجن Pergen عن استعمال مقياس للروح المعنوية حيث وجد أن الفروق في الروح المعنوية بين الأقسام ترجع في جزء كبير منها إلى الفروق في الإشراف والقياد (١٤ : ١).

وفي بحث آخر أجرى عام ١٩٤٠ في شركة فلوريدا للكهرباء حيث طبق على كل موظفي الشركة بفرع ميامي، وقد وجد أن حالة عدم الرضا لا ترجع إطلاقاً لنظام الأجور، بل ترجع لفشل رئيس القسم ومساعديه في الاعتراف بقيمة العمال كأفراد لهم شخصيتهم وكرامتهم إذا كان المصدر الأول لعدم الرضا هو إهمال مشاعرهم وعواطفهم وعدم الاعتراف بها (٤١ : ٨٩١).

ويؤيد هذان البحثان ما سبق أن توصلنا إليه وهو علاقة المكانة والتقدير وهو المتغير الذي يتشبع بالروح المعنوية أكبر تشبع بعدم التوافق المهني للرمضى السيكوسوباتيين.

وقد يتبادر إلى الذهن سؤال، لماذا هؤلاء العمال دون غيرهم هم الذين لم يحظوا بالتقدير رغماً من وجود زملاء لهم في المجموعة الضابطة أي كانوا في نفس جماعاتهم وحظوا بتقدير أعلى؟.

إن الإجابة الوحيدة التي تتبادر إلى أذهاننا حتى الآن والتي قد تنكشف بصورة أعلى من خلال تفسيرنا لنتائج قائمة كورنل، وهو أنه قد يكون لديهم اضطراب أساسي في شخصيتهم أعاقهم هذا الاضطراب عن أن يصلوا للدرجة التي يكونون فيها في مستوى التقدير.

ومن البحوث التي تؤكد علاقة الروح المعنوية بالتوافق المهني، البحث الذي أجراه ويكرت Wickert بين عمال شركة بل Bell للتليفون ولم

يجد فيه فروقاً بين العمال الذين يتركون العمل وأولئك الذين يبقون فيه باستخدام المحكات الثلاث الآتية: بيانات عن تاريخ الحياة، اختبارات الاستعداد التي طبقت عليهم عند إلحاقهم بالعمل، اختبارات العصاب. غير أنه وجد فروقاً بين النوعين من الجماعات في مقياس للروح المعنوية.

وتؤيد دراسة مايو Mayo تل النتائج، فيذهب إلى أن ارتفاع نسبة ترك العمل من ٧٠٪ ـ ٨٠٪ بين عمال مصانع الطائرات في جنوب كاليفورنيا، يرجع إلى أن الغياب وترك العمل يحدثان أساساً بين العمال الذين لم ينتموا بسبب اضطراب شواذ شخصياتهم ومن ثم فإنهم لم يشعروا بولاء للشركة.

تفسير العامل الثاني: الأعراض العصابية للروح المعنوية

تشير نتائج التدوير المتعامد لهذا العامل إلى تميزه بالخصائص الآتية:

١ ـ نسبة تباين هذا العامل ٥,١٠٪ من نسبة التباين الكلي.

٢ ـ يعتبر متغير أعراض الروح المعنوية أعلى المتغيرات تشبعاً بهذا العامل إذ يصل تشبعه ٥٨,٠.

٣ ـ يعتبر متغير كفاءة الإدارة أدنى متغيرات الروح المعنوية تشبعاً بهذا العامل إذ يصل تشبعه بهذا العامل صفراً.

٤ ـ يعتبر محك الإجازات المرضية أدنى المتغيرات تشبعاً بهذا العامل إذ يصل تشبعه به ١٩,٠.

٥ ـ باختبار دلالة تشبعات متغيرات هذا العامل بمعادلة الخطأ المعياري لبيرت وبانكز وبتطبيقها على أدنى التشبعات (في مستوى التفسير) وهو الجزاءات إذ يصل تشبعه إلى ٣٥,٠ وجد أنه تشبع غير دال.

٦ ـ بتطبيق نفس الخطوة السابقة على التشبع التالي وهو تشبع قدرة الإشراف على تنظيم العمل والذي يصل إلى ٤١,٠ وجد أنه تشبع دال.

والتسمية المقترحة لهذا العامل هي: أعراض الروح المعنوية، أو الأعراض المرضية النفسية للروح المعنوية والتي تتبدى في الضيق وعدم الرغبة في الذهاب للعمل، والشعور بالتعب والإنهاك والزهق من العمل والرغبة في تركه، والشعور بصعوبة العمل وكثرته، وتلك الأعراض في طبيعتها أعراض عصابية.

ولكي، نتأكد من هذا الاستنتاج قمنا بعمل المعالجات الإحصائية الخاصة بهل هناك فرق دال بين ثلاث مقاييس عصابية من قائمة كورنل وأعراض الروح المعنوية أم لا، حتى إذا تأكدنا من عدم وجود فرق أطمأننا لما سنسير عليه من أسس في تفسير هذا العامل، ويوضح لنا الجدول (٨٩) هذه الفروق:

رقم	مقاييس كورنل الفرعية	نتائج مقاييس قائمة كورنل		نتائج مقياس أعراض الروح المعنوية		ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	القلق	٣ر٥٦	١ر٥٤	٤ر٠٢	١ر٨٤	١ر٠٠	لا دلالة له
٢	الاكتئاب	٣ر٥٤	٢ر١٩	٤ر٠٢	١ر٨٤	٠ر٨٠	〃
٣	السيكوباتى	٣ر٨٨	١ر٨٠	٤ر٠٢	١ر٨٤	٠ر٢٧	〃

جدول (٨٩) المقارنة بين نتائج مقاييس أعراض الروح المعنوية
وبين بعض مقاييس قائمة كورنل

ونرى في الجدول (٨٩) أن ما يقسيه مقياس أعراض الروح المعنوية هو نفس ما تقسيه مقاييس القلق والاكتئاب والسيكوباتي لعدم وجود فرق

دال إحصائياً بين نتائجها ومجمل القول أن هذا المتغير له علاقة بسوء التوافق المهني لدى المرضى السيكوسوماتيين، ذلك الأخير (وسوء التوافق) والذي يقترن بالعصاب النفسي وهناك الكثير من الأبحاث التي تؤيد وتؤكد العلاقة بين العصاب ومظاهر سوء التوافق.

من ذلك ما قام به فريزر عام ١٩٤٤ بفحص ثلاثة آلاف عام من مختلف الصناعات الهندسية الخفيفة فوجد ما يزيد على ٢٥٪ من حالات الغياب بسبب المرض ترجع إلى العصاب.

كما وجد أن ١٠٪ من العمال المفحوصين كانوا يعانون من عصاب أدى إلى عجزهم عن العمل خلال فترة الدراسة وهي ستة شهور وقد وجد فريزر أن النقص في الاتصالات الاجتماعية كان هو العامل الذي ارتبط أكبر ارتباط بالعصاب.

والبحث الوحيد الذي له علاقة بدراستنا هذه ذكره لنج Ling في كتابه الآتي:

Ling, T.M. Nental Health and Human relations In Industry, New York, paul B. Hoeber, Chapter 13.

حيث قام هاليدي في اسكتلنده ببحث عن المرضى بين عمال مناجم الفحم. وقد أوضحت الدراسة أن الزيادة الكبيرة في العصاب وفي ظروف العمل بالمناجم وإلى انخفاض عام في مستوى الروح المعنوية: فقد ظل العمال لمدة ٥٠٠ عام يستخرجون الفحم بأيديهم ويسمعون صوت طبقات المنجم المنذرة بالخطر.

وفي مدى عشرين سنة، أدخلت في المناجم الأساليب الميكانيكية الحديث وقد أسفر تحليل أحلام العمال عن خوف كبير من العمل بالمناجم نتيجة لأن العامل لم يعد يسمع الصوت المنذر، إذ يعلو عليه صوت الآلات.

وقد وجد هاليدي زيادة قدرها ٣٣٪ في الاضطرابات السيكوسوماتية بين عمال المناجم إذا قورنت بالسكان عام (٣٢: ٢٨٠).

وليس لنا هنا أن نفترض أن الاضطرابات السيكوسوماتية ناشئة عن الرضا وانخفاض الروح المعنوية فقط، وذلك لأن عدم الاتزان الانفعالي والاضطرابات النفسية كانت لدى هؤلاء المرضى قبل التحاقهم بالعمل (مع خلوهم من المرض العضوي لوجود قومسيون طبـي بالشركة) والدليل على ذلك أنه في متغير التنقل من عمل لآخر زاد المرض السيكوسوماتيون عن الأسوياء وبدرجة لها دلالة من الناحية الإحصائية.

تفسير الفروق الدالة بين مرضى الجهان المعدي معوي والأسوياء في: كفاءة الإدارة، الأمنة في العمل، التوحـد مع الشركة، أعراض الروح المعنوية

إذا تأملنا المصفوفة التي بالجدول رقم (٩٠) المأخوذة من المصفوفة الأصلية وهي الخاصة بالارتباطات بين المتغيرات الأربع التي ميزت بين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء:

المتغيـرات	(١) كفاءة الإدارة	(٢) الأمنة فى العمل	(٣) التوحد مع الشركة	(٤) أعراض الروح المعنوية
١ ــ كفاءة الإدارة	—	٥٧٧ر	٥٠٩ر	٤١٣ر
٢ ــ الأمنة فى العمل	٥٧٧ر	—	٦٨٤ر	٥٤١ر
٣ ــ التوحد مع الشركة	٥٠٩ر	٦٨٤ر	—	٣٧٢ر
٤ ــ أعراض الروح المعنوية	٤١٣ر	٥٤١ر	٣٧٢ر	—

جـدول (٩٠) مصفوفة المتغيرات التى ميزت بين مرضى الجهاز المعدى والأسوياء

ونجد في الجدول (٩٠) أن كلا من الأمنة في العمل والتوحد مع الشركة ترتبط أكثر من غيرها مع باقي المتغيرات الأربع، وسنعتبر هذا أساساً في الاكتفاء بتفسير هذين المتغيرين والذي نقصده من وراء ذلك التفسير هو علاقة نقص الشعور بالأمن والتوحـد مع الشركة لدى المرضى السيكوسوماتيين بدرجة دالة عن المجموعة الضابطة بسوء توافقهم وعلاقة ذلك الأخير بالاضطراب السيكوسوماتي.

ولا يعني ذلك أن كلاً من متغير أعراض الروح المعنوية وكفاءة الإدارة ليسا مهمين بل إننا تناولنا ذلك الأخير بالتفسير في عامل أعراض الروح المعنوية وتناولنا الأول ضمن: عامل الروح المعنوية.

الأمنة في العمل:

يقول ماسلو Maslow في محاولة لتفسير الحاجة للأمن Safety need: يبـدو كل شيء من الناحية العملية أقل أهمية من الشعور بالأمن، ويقول: إن الفهم الأكبر لهذا الشعور لا يتأتى من خلال تلمسه لدى الشباب بل لدى الأطفال، حيث يستجيبون للخطر بطريقة كلية إذا وقعوا فيه سواء كان هذا الخطر مادياً أو معنوياً (أصوات مزمجرة ـ حنان الأم).

كذلك فإنه لدى الأطفال نستطيع تبين الاستجابة المباشرة للأعراض الجسمية من شتى الأنواع والتي تبدو أنها راجعة للخطر في حد ذاته والتي تجعل الطفل غير شاعر بالأمن مثل الألـم المعوي التقلصي Colic والقيء Vomiting وباستمرار الوقت ينمو لدى الطفل الخوف والكوابيس في حين أن الحاجة إلى الحماية لم يريا فيه من قبل المرض.

ويقول ماسلو أن الدليل الأخير لحاجة الطفل للأمن يتمثل في تفضيله لأن تسير الأمور في الحياة بطريقة متكاملة غير مفككة، ولذلك فإن الظلم أو عدم الثبات لدى الوالدين يجعله يشعر بالقلق وعدم الأمن.

وليس هذا الاتجاه راجع للظلم في حد ذاته بل يرجع أكثر إلى أن ذلك يهدد بجعل الحياة تبدو في نظر الطفل غير آمنة.

ومجمل القول هو أن دور الأسرة في تكوين الشعور بالأمن أمر لا نزاع فيه. ويقول ماسلو أن الشخص العصابي يحتفظ باتجاهات الطفولة نحو الحياة فهو يتصرف كما لو كان خائفاً من الفزع أو من رفض أمه له، أو هجر الوالدين له (٨٩: ٦٢). وإذا طبقنا ذلك على المرضى السيكوسوماتيين خاصة الذين لديهم اضطراب في الجهاز المعدي معوي فإن وليم ك. مننجر مترولیف يؤيده إذ يقول: تتأثر المجاري الهضمية تأثراً شديداً بالانفعالات، كما أننا نربط غالباً في حياتنا بين الحرب والطعام، كما أن هناك دليل طيب على إمكان الربط بين الجشع في الأكل في بعض الحالات وبين الإحساس اللاشعوري بعدم الأمان أو الحاجة إلى الحب (٤٦: ٩٤، ١٨٢).

ويقول فرانز الكسندر أن مرضى العصاب المعدي معوي يرغبون في أن يحبوا وأن يعتنى بهم (٥٦: ٢٧٢).

ويقول فيس وإنجلس، ينشأ الإمساك وهو يدخل في اضطرابات الجهاز المعدي معوي من القلق في أن يهاجم الشخص أي الخوف وعدم الأمن (١٠٤: ٣٥).

التوحد مع الشركة:

لا شك أن الإنسان السوي يفضل حياة الجماعة على الحياة الفردية المنعزلة لأنه يقر بعدم الاكتفاء الذاتي حضارياً وسيكولوجياً. ويعوض التوحد المرء عن عدم الكفاية السيكولوجية، فبالتوحد يدخل الفرد في حياة زملائه وبذلك يتمتع بخبرة أوفر مما تتيحها له أوجه نشاطه الخاصة. وهذا يمكنه من أن يكون عضواً نشطاً في الجماعة لأن ذاته تصبح متداخلة في رموزها. ويعرف التوحد على هذا النحو بأنه عملية ينشر فيها الفرد حدود ذاته لتتضمن أكثر من ذاته الطبيعية، فمن الوجهة السيكولوجية الناس والأشياء والرموز جزء من ذات الفرد.

وقد وصف فرويد هذه العملية بأنها أول تعبير للرباط الانتقالي

بشخص آخر، فالولد الصغير يتخذ من والده مثله الأعلى وينظم سلوكه تبعاً لسلوك والده والتوحيد المبكر يمتد أيضاً إلى لعب الطفل المحببة، فالطفل يتعلق بلعبته لدرجة أنه أنه يحملها معه أينما سار ويأخذها معه إلى الفراش ليلاً، فاللعبة المفضلة عنده تكاد تكون حجزءاً من شخصيته[٤٨].

وهكذا نجد أن عدم التوحد بالشركة من جانب مرضى الجهاز المعدي معوي له أصوله في الطفولة أثناء عمليات التدريب والتنشئة، فالشركة بما تتضمنه من رؤساء ومشرفين تتمثل في ذهن هؤلاء المرضى كرمز للبيئة السابقة في المنزل وما يتمثله المريض فيها من مشاعر معينة تعكس عدم توحدهم.

ويقول فيس وإنجلش بهذا الصدد أن هؤلاء المرضى تكون لديهم حاجة قوية لا شعورية للحب وغير قوية في التقدير والاعتناء، وفي نفس الوقت فإنهم لا يستطيعون قبول هذه الدفعات، فهم يخافون أن يكونوا معتمدين أو غير نافعين (١٠٤ : ٣٥). يظهر في كلامهما التناقض الوجداني لدى هؤلاء المرضى بقولها: «تقابل الرغبة في استقبال علامات مادية وعاطفية برغبة لاشعورية لتقديم مساعدات للآخرين» أي أن المريض في حاجة للاعتماد وفي نفس الوقت يدافع عنها بالنقيض بتقديم مساعدات (٦٨ : ١٢٠، ٢٠٩، ٢٥٤).

ثالثاً: نتائج قائمة كورنل

(١) تفسير العامل الأول الاضطراب السيكوسوماتي

تشير نتائج التدوير المتعامد لهذا العامل إلى تميزه بالخصائص الآتية:

١ ـ نسبة تباين هذا العامل ٣٠,٨٪ من نسبة التباين الكلي، وقد احتفظ بهذه النسبة حتى قبل التدوير.

٢ ـ يعتبر مقياس الأعراض السيكوسوماتية أعلى مقاييس قائمة كورنل تشبعاً بهذا العامل إذ يصل ٠,٨٦ .

٣ ـ يعتبر مقياس السيكوباتية أدنى مقاييس القائمة تشبعاً بهذا العامل إذ يبلغ تشبه ٠,٠٩ .

٤ ـ يعتبر محك الاجازات المرضية أدنى المحكات تشبعاً بهذا العامل إذ يصل تشبعه ٠,٠٩ .

٥ ـ باختبار دلالة تشبعات متغيرات العامل بمعادلة الخطأ المعياري لبيرت وبانكز وبتطبيقها على أدنى المتشبعات (محك التردد على العيادة الطبية) وجد أن تشبعه أقل من الخطأ المعياري.

٧ ـ وبناء على معادلة الخطأ المعياري فإن التشبعات ٠,٤٠ فما فوق تشبعات لها دلالة، ولذلك فإن المتغيرات الآتية هي التي ستخضع للتفسير.

١ ـ الأعراض السيكوسوماتيك ٠,٨٦ .

٢ ـ الخوف على الصحة ٠,٨٥ .

٣ ـ الفزع ٠,٧٤ .

٤ ـ الخوف وعدم الكفاية ٠,٧٣ .

٥ ـ أعراض التنفس والدورة ٠,٦٦

٦ ـ الأداء في العمل ٠,٥٤ .

٧ ـ العصبية والقلق ٠,٤٩

٨ ـ الجزاءات ٠,٤٤ .

٩ ـ الاكتئاب ٠,٤٠ .

٨ ـ تقترح التشعبات السابقة تسمية هذا العامل بالاضطراب السيكوسوماتي كما تشير تلك النتيجة لصدق المقياس.

٩ ـ يتضح من التشبعات السابقة أن المقاييس التي تقيس النواحي العصابية وتتشبع بهذا العامل هي: الفزع، الخوف وعدم الكفاية، العصبية، القلق، الاكتئاب، الخوف على الصحة.

١٠ ـ كما يتضح من التشبعات السابقة أن المقاييس التي تقيس الأعراض الجسمية هي مقياس الأعراض السيكوسوماتية، وأعراض التنفس والدورة الدموية.

١١ ـ المحكات التي تتشبع بهذا العامل تشبعاً دالاً هي الأداء في العمل والجزاءات ويمكن من خلال النقاط الثلاث السابقة تقديم التفسير التالي:

أن هؤلاء المرضى عجزوا عن التوافق في عملهم نظراً لوجود نواحي عصابية واضطرابات انفعالية لديهم، كما يتضح في المقاييس العصابية ومظهر سوء التوافق في العمل كما يتضح من محك الجزاءات بفرق دال بين الأسوياء والمرضى بالزيادة في المرضى، والأداء في العمل به، بفرق دال بين المرضى والأسوياء بالزيادة في الأسوياء، ولنا أن نتوقع أن ما يترتب على كثرة الجزاءات نظراً لعجز المرضى عن التوافق (مخالفة التعليمات وغياب بدون إذن وتأخير عن العمل وإساءة استخدام الآلة يساوي جزاءات) زيادة الاضطراب الانفعالي، مما يصحبه أمراض جسمية في عضو ما من أعضاء الجسم ذا استعداد تكويني للوقوع في المرض سواء في الجهاز المعدي معوي أو القلب والأوعية أو الجهاز التنفسي أو الجهاز الهيكلي أو الجلد والحساسية أو الجهاز البولي والتناسلي.

وإن المتتبع لنتائج البحوث السابقة سيساعد في توضيح هذا العامل توضيحاً أكثر على النحو التالي:

١ ـ فقد فطن الفلاسفة منذ القدم لعلاقة النفس بالجسم وأثر العوامل النفسية في الجسم (هيبوقراط)، أرسطو ٣٨٤ ـ ٣٢٢ق. م، نظرية جالينوس في الروح الحيواني مذهب (الوحدة Monism، رأى ديكارت، ابن عيسى المجوسي ٩٩٤، الرازي، ابن سينا، الأنثروبولوجيون المحدثون، برتراند راسل وقد أفضنا في توضيح هذه الآراء في الجزء النظري الخاص بالمقدمة التاريخية.

٢ ـ كذلك أفاضت البحوث الحديثة في توضيح أثر العوامل الانفعالية في الجسم، إذ بين والتر كانون walter b. Canon العلاقة بين الانفعال والتغيرات الفسيولوجية الفسيولوجية كما جعل من السهل قياس وتحليل الانفعال معملياً، وفحص هذه التغيرات التي تحدث في حالات الألم والخوف مثل التنفس بعمق، إسراع متزايد لضربات القلب، ارتفاع في ضغط الشرايين arterial، تحول الدم من المعدة والاثني عشر للقلب والجهاز العصبي المركزي والعضلات، وينطلق freed السكر من الاحتياطي الموجود في الكبد، وينقبض Contracts Spleen ويفرغ محتواه من الكريات المركزة، ويفرز الأدرنالين من نخاع الغدة الكظرية (٧٠: ٢٠٨).

وتصنف البحوث الحديثة المظاهر الفسيولوجية للانفعال إلى خمس نواحي:

الأولى: عبارة عن تغيرات منعكسة تعتري الجهاز العضلي الإرادي، وتكون هذه التغيرات ما يعرف بالحركات التعبيرية (Mimic) لمظاهر الخوف والغضب وتتحول إلى إرادي تحت تأثير المحاكاة والبيئة الاجتماعية فيتصنع الإنسان حركات الحزن والفرح حسب المناسبات.

والثانية: التغيرات المنعكسة التي تظهر في الغدد المقناة ductor exocrine والعضلات الملساء، والأوعية الدموية فتنشط الغدد التي تفرز الدموع في حالة الحزن وتكف الغدد اللعابية عن العمل في حالة الخوف، وتنشط الغدد المثيرة للعرق في جميع الأحوال الانفعالية ويكون بارداً لانسحاب الدم، وتحدث تغيرات في العضلات الملساء من انبساط أو تقلص كانقباض حدقة العين.

والثالثة: اضطراب التنفس.

والرابعة: إفراز الغدد الصماء .Endocine G فتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الغضب والخوف خاصة في حالة مواجهة خطر

مفاجىء فتفرزان الأدرنالين الذي يعبىء الطاقة العضوية ويغذي العضلات كما يزيد من قدرة الدم على التخثر (التجمد) فيحول دون النزيف، فيحفظ للجسم قوته.

كما ينبه الأدرنالين الجهاز العصبي السبمتاوي (ينقسم لقسمين يعملان وظيفتين متضاربتين الأرتوسمبتاوي يسرع من ضربات القلب والباراسمبتاوي يقوم بإبطاء ضربات القلب)، فينتج عن ذلك كف غدد المعدة عن الإفراد وشل حركتها، فيزول الإحساس بالجوع وينتج عن ذلك إعداد العضلات الإرادية بكمية إضافية من الدم، ولهذا قد يكون إفراز الأدرنالين من عوامل تحقيق التكيف مع الموقف الخارجي.

والخامسة: تغير النشاط الكهربائي في الدماغ حيث توجد ثلاث موجات كهربائية دماغية: الأولى ألفا Alpha، والثانية بيتا Beta، والثالثة دلتا Delta ويؤثر النشاط الانفعالي على النشاط الكهربائي في الدماغ (٥٣ : ١٣٠، ١٣٨).

ويفسر موترام زيادة الانفعال بقوله: إن بعض الناس تزداد الحالة الانفعالية لديهم فيكون عندهم إما أن السرير البشري (الثلاموس) optic thalamus نامى نمواً كبيراً أو أن سطح الدماغ roof-brain غير قادر على ضبط الثلاموس. كما يذهب إلى القول بأن النغمة الانفعالية للشخص تعتمد على كل من الثلاموس وكمية ضبط سطح الدماغ على أرجاع الثلاموس (٩٤ : ٦٦). وهو يركز في تفسيره على الاستعداد التكويني، حيث أن الانفعال نتجية للخوف أو الغضب يعتمد على ذلك الاستعداد.

والذي يعنينا مما سبق بخصوص تفسير عامل الاضطراب السيكوسوماتي هو أن الانفعال يظر واضحاً في سلوك الإنسان، وتعم آثاره الإنسان نفساً وجسماً، ويدل الانفعال على أن التوافق الذي كان محققاً بين ميول الكائن الحي وبيئته قد ساء وفُقد، وذلك لعجز كل من الأفعال الآلية عن مواجهة الموقف وإيجاد عامل سريع له (٩٤ : ٦٦).

وفي تفسيرنا لعامل الاضطراب السيكوسوماتي يجدر بنا أن نتعرض لبحث هانزسلي Hans Slye عن عرض التكيف العامل .G.A.S والذي يشير أساساً لاستجابة الجسم لمواقف الانعصاب Stres لما له من علاقة كبيرة بالاضطراب اليكوسوماتي.

ويعرف سلي التكيف العام بأنه المجموع الكلي للاستجابات المنظمة غير النوعية للبدن والتي تنتج عن التعرض المستمر لأنواع مختلفة من التنبيه المنتج للانعصاب، ويعني بغير النوعي أن التغيرات ليست ناتجة مباشرة من المنبه، فمثلاً: التعرض لبرد أشد لمدة من الزمن ينتج أعراضاً في المعدة، وهذه الأعراض ليست نوعية أي خاصة بالبرد، لكن قد تكون ناتجة عن موقف أو كل مواقف الانعصاب.

ويقول سلي: لقد حاول العلماء إرجاع الظواهر السيكوسوماتية إلى سبب واحد ولكنهم فشلوا في ذلك وقال إنه من الممكن التوصل لهذه النظرية أو هذا السبب الواحد وهو ما يسمى: بأعراض التكيف العام وهو يعني بذلك وجود أمراض لها أعراض عامة.

ويوضح سلى وجهة نظره بضرب المثال التالي: كثيراً ما يصاب شخص بميكروب، وعندما تشرح الأنسجة الخاصة بذلك فإننا نرى أن الميكروب يحدث آثاراً خاصة وأضراراً خاصة، وتركيب خاص، كما أنه يصيب نسيجاً خاصاً، ويحدث في هذا النسيج اضطرابات خاصة تتميز عن الاضطرابات التي يحدثها ميكروب آخر.

ويعترف سلي بوجود هذه الاستجابة النوعية الخاصة الصادرة عن الجسم، لكن بالإضافة إلى هذه الاستجابات المرضية النوعية توجد استجابات غير نوعية، أي ليست نوعية، وهذه الاستجابات اللانوعية ناتجة عن تعرض الكائن الحي مدة طويلة للانعصاب، ويقول سلي: إن التكيف العام يمر بثلاث مراحل يصعب التميز بينها: (٩٦: ٤٠٠).

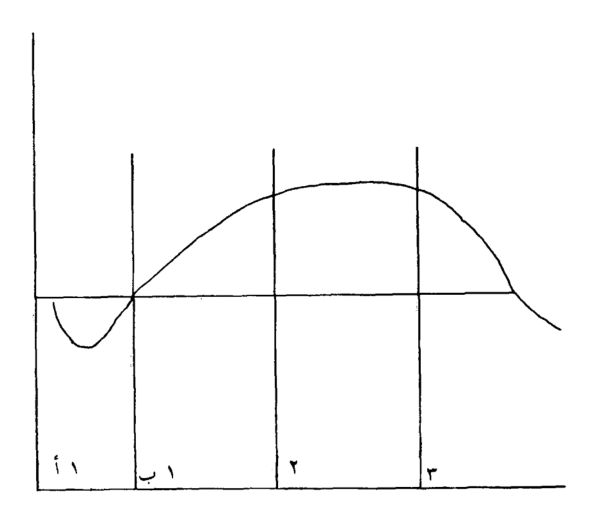
الأولى: استجابة الإنذار The alarm reaction وهي مجموع الأعراض

الجسمية العامة التي يحدثها التعرض الفجائي لمنبهات لم يكن الكائن مهيئاً لها(*) وتمر هذه المرحلة بدورها بمرحلتين: مرحلة الصدمة المضادة ويصحب هذه المرحلة تغيرات بنائية وتشريحية وكيمائية في الجسم، ولقد وجد أنه في الساعات الأولى للانعصاب يتركز السكر وكلوريد الأيون Chloride ions في الدم في مستوى تحت المعدل العادي Subnormal وبعد ساعات يرتفع التركيز للمستوى العادي وتعرض المدتان والصدمة المضادة (٦٧: ٣٥، ١٨٧).

والمرحلة الثانية: هي مرحلة المقاومة resistance وهي مجموع الأعراض الجسمية العامة التي يحدثها التعرض المستمر الذي يدوم وقتاً طويلاً لمنبهات قد اكتسب الكائن الحي القدرة على التكيف معها نتيجة لهذا التعرض المستمر. والاستجابات لهذه المنبهات استجابات عامة تكيفية نظراً لتعرض البدن لمدة طويلة لنفس المنبهات وفي هذه الحالة تزداد المقاومة النوعية لعامل الانصعاب المؤذي.

ولقد تم بحث ما الذي يحدث إذا عرض الكائن لشدة طويلة مستمرة لا تصل لمستوى القتل Lethal وكانت الحيوانات هي الخاضعة للتجريب، فوجد أنه خلال الأيام الأولى يستجيب الحيوان باستجابة إنذار، كما وجد علامات لتغيرات عضوية وكيمائية، وباستمرار الشدة وبعدم إضعافها وجد أن الحيوانات التي عاشت في استجابة الإنذار بدأت في الشفاء وارتفعت نسبة السكر والكلوريد في الدم لمستوى عادي وأعلى من العادي، وفي هذه الحالة بتكيف الكائن في الشدة المستمرة، فتعود أعضائه للعمل بصورة عادية (٦٧: ٣٥، ١٨٧)، وتأتي في نهاية الأمر مرحلة الإنهاك.

المرحلة الثالثة: يقول سلي: أن هذا التكيف لا يمكن للحيوان الاحتفاظ به فيحدث الانهيار الذي قد يؤدي بالكائن الحي للهلاك وذلك لاستمرار الإجهاد بعد فترة الشفاء (المضادة) فيضعف الحيوان بالتدريج ويهبط السكر والكلوريد لمستويات خطرة تلك هي المرحلة النهائية وتتشابه مع المرحلة الأولى كما يتضح من الرسم التالي:



ويتضح من الرسم أن التعرض المستمر للانعصاب ينمي صورة منظمة متغيرة من الضرر والاضمحلال (٩٦ : ٤٤). وهكذا وجد أن مقاومة الحياة ضد الشدة تتكون من ثلاثة أفعال متتابعة، كلها تهدف للتوازن الذي قابله الكائن خلال استجابة الإنذار، واكتسب خلال فترة المقاومة، لكن فقد ثانية خلال مرحلة الإنهاك (٥٢ : ٧٩، ٧٩٩ ١١٠).

ويعطي مثالاً على ذلك من علم أمراض الحرب للطيارين الذين يعملون تحت مؤثرات عصبية، فلقد وجد أنهم ينهارون بعد مدة مناعة ظاهرة Immunuty من الضرر، والانهيار إليه يسمى في طلب الطيران «إنهاك احتياطات الطاقة العصبية» reserved والذي كان يتميز باضطرابات معدية معوية وتصلب الأنسجة العضوية الكولية nephro-Sclerosi وورم رئوي، Pneumic edmo، وارتفاع ضغط الدم، ويكمن أهمية عرضنا لعمل

سلي في أن الأمراض التي سماها سلى أعراض التكيف العام» هي مع اشتناءات قليلة نفس المجموعة التي ينظر لها باحثون آخرون من زاوية مختلفة، وسموها: الاضطرابات السيكوسوماتية فالانعصابات والتي اهتم بها سلى والتي شكلت الأساس لعملية التجريب انعصابات جسمية.

قصارى القول أن أثر الانفعالات على النواحي الجسمية قد تأكد على النحو الذي تكلمنا عنه في الجزء النظري لهذه الدراسة، وهي أبحاث وتجارب ودراسات: ألبرت اكس، هارولد ولف، دنبار، برونش، ليفين، ميروها جرني، هولمز، سوزارد، سيسمان ولازارس وموردكوف، مياسنكوف، بونيير وهانلي، هوب.

وقد كانت هذه الدراسات على الإنسان وهناك العديد من الدراسات التي استعرضناها أيضاً وكانت على الحيوان وهي دراسات ليدل، برادي وبورتر وكوتراد ماسون، تجارب محطة سخومي بروسيا، ساوري وسيز، ساوري وكونجر، برادي، بولسن، بافلوف.

وهكذا يتبين لنا في نهاية الأمر أن مواقف الشدة في العمل على النحو الذي سبق أن أكدناه إلى جانب النواحي العصابية والتي توجد لدى هؤلاء المرضى زادت من مدة الاضطراب الانفعالي واستمراره لفترة طويلة من الزمن أدى به إلى التحول في الجسم مما ترتب على ذلك بدوره وبمرور الزمن إلى تاغيرات بنائية في أحد أعضاء الجسم حسب الاستعداد التكويني.

(٢) تفسير العامل الثاني: القلق العصابي

تشير نتائج التدوير المتعامد لهذا العامل إلى تمتعه بالخصائص الآتية:

١ ـ نسبة تباين هذا العامل ١٤,٢٪ من نسبة التباين الكلي، كما أنه كان قبل التدويثر ١١,٦٪.

٢ ـ يعتبر مقياس الحساسية والشك أعلى مقاييس قائمة كورنل تشبعاً

بهذا العامل إذ يبلغ تشبعه به ٠,٧٢ ويليه مقياس العصبية والقلق والذي يصل في تشبعه إلى ٠,٦٠.

٣ ـ يعتبر مقياس الجهاز المعدي معوي أقل مقاييس قائمة كورنل تشبعاً بهذا العامل إذ يبلغ تشبعه ـ ٠,١٤.

٤ ـ يعتبر محك الأجازات المرضية أقل المحكات تشبعاً بهذا العامل إذ يبلغ تشبعه ـ ٠,٢٥.

٥ ـ باختبار دلالة تشبعات هذا العامل بمعادلة الخطأ المعياري لبيرت وبانكز وبتطبيقها على أدنى التشبعات في مقياس الخوف على الصحة وجد أن تشبعه أعلى من الخطأ المعياري، ومن ثم فإن هذا التشبع والتشبعات التي تزيد عنه تخضع للتفسير.

٦ ـ وبناء على تطبيق المعادلة فإن المتغيرات ذات التشبعات التي تخضع للتفسير هي:

١ ـ الحساسية والشك ٠,٧٢
٢ ـ العصبية والقلق ٠,٦٠
٣ ـ السيكوباتية ٠,٥٢
٤ ـ التنقل من عمل لآخر ٠,٥١
٥ ـ الاكتئاب ٠,٥٠
٦ ـ الأجازات المرضية ٠,٤٥
٧ ـ الخوف على الصحة ٠,٣٩

٨ ـ يتضح أن المقاييس العصابية التي تتشبع تشبعاً دالاً بهذا العامل هي الحساسية والشك والعصبية والقلق، والاكتئاب والخوف على الصحة.

٩ ـ تقترح التشبعات السابقة تسمية هذا العامل بالقلق العصابي،

وكل المقاييس الأخرى المشبعة بالعامل تتمتع بهذه الخاصية، فالاكتئاب يحدث في كل عصاب على الأقل في صورة مشاعر دونية. ويكشف التحليل النفسي عن أن السيكوباتيين كالعصابيين من ناحية الكبت المولد للمرض، وأن لديهم عقدة أوديبية لا شعورية وقلق خصاء لا شعوري.

كذلك فإن توهم المرضى أو على حد التسمية في القائمة الخوف على الصحة نادراً ما تظهر في صورة عصاب مستقل، فهي في الأغلب تظهر عنصراً يعمل على تعقيد اللوحة في حالة نفسية مرضية أخرى. فغالباً ما يأتلف الخوف على الصحة مع عصاب قلق حاد، أو مع نيوراستينا، والعدوان في الخوف على الصحة إزاء موضوع ينقلب ضد الأنا وعندئذ يمكن أن يكون الخوف على الصحة إرضاء لمشاعر الإثم (٥: ٣١٣).

كذلك فإننا نجد أن محك التنقل من عمل لآخر يرتبط بحدة القلق ويؤكد تشبعه بهذا العامل إلاّ أن هؤلاء المرضى (قبل أن يلتحقوا بالعمل) لديهم اضطرابات عصابية، وجدت الفرصة السانحة لظهورها بصورة حادة تحت ضغوط وظروف العمل المادية والبشرية، كذلك محك الأجازات المرضية بهذا العامل.

فالأجازة المرضية وقبول العامل القيام بها بشكل متكرر، تشير إلى الهروب من العمل لعدم القدرة على التوافق فيه ويرتبط ذلك بالقلق العصابي أيضاً.

كذلك فإن مقياس الحساسية والشك، وهو أعلى مقياس يتشبع بهذا العامل، يعتبر من ضمن الأعراض التي يتسم بها القلق (٢: ٣٨٧).

وفي العامل السابق «الأعراض السيكوسوماتية» أوضحنا دور العوامل الانفعالية في التأثير على النواحي الفسيولوجية، فكيف ينشأ القلق العصابي إذاً؟ وما علاقته بالنواحي الانفعالية؟

ينشأ القلق نتيجة كبت الانفعال، فتحدث حالة من التوتر يطلق عليها

القلق، فالكبت كما هو سبب المرض النفسي فهو سبب القلق العصابي، ولاشك أن الكبت المسرف يهدد الشخصية وكل تهديد دون شك يقترن بالخوف.

وفي القلق العصابي، نجد المريض يغشاه خوف عام وشعور بخطر داهم وتوجس هائم طليق ليس له موضوع خاص لذا فهو (أي التوجس) يتأهب لأن يلقي بنفسه على أي شيء يستطيع أن يتخذ منه فعله لوجوده، فنرى المريض يتوقع الشر من كل شيء ومن كل مصدر، ويرى كل موت عارض نذير سوء ويؤول كل ظن على أسوأ وجه كما أنه يقر بأنه مراقب (حساسية وشك) لا يرى الجانب المشرق المفرح من الأمور ولا ينزفه ولا يتصوره (اكتئاب). وهذا إلى ما يصاحب هذه الحالة من اضطرابات حشوية (انعكست في العامل السابق الأعراض السيكوسوماتية) وحركة كالتي سبق أن تكلمنا عنها كمصاحب للانفعال (٢ : ٣٨٧).

وفي تتبعنا لمنشأ القلق نجد أنه خلال الشهور الأولى من الحياة يحتاج الجسم للطعام ليس فقط لأهميته للنمو البدني، ولكن للسرور المشتق منه. وإن عالم الطفل مليء بالأحداث التي تبدو للراشد قليلة الأهمية لكن لها دلالتها العظمى بالنسبة للرضيع ولقد لخص مييننجر C. Minninger ذلك الموقف على النحو التالي: يولد الطفل كذوات الأربع Quadruped، بدائي، غير اجتماعي، وغير مكفوف. والشخصية عند الميلاد يكون فيها حافزين أساسيين معروفين هما: العدوانية والشهوة الجنسية erotism، وبالنمو والتدريب يتعلم الطفل ضبط عدوانه ويكافأ بالحب.

وعندما تنضج الشخصية فإن الفشل من جانب الأنا لضبط دفعاته العدوانية يكون دائماً مصحوباً بالقلق، وبالتالي يصبح القلق علامة للاضطرابات داخل الفرد.

وهكذا بتبسيط زائد لديناميات القلق فإنا نرى أن أصله دفعات لا

شعورية تهدد الأنا. ويعتبر السرور الشهوي Sensual المشتق من عملية التغذية مثالاً، فالعملية الكلية للتغذية تترك انطباعاً ساراً في الذاكرة، وذلك إذا أضيف التقدير من جانب المهتمين بالطفل إلى عملية التغذية، إذ أن ذلك يرسي قواعد للشخصية تنظر للعالم لمصدر صداقة. وإذا كان الطعام غير كافي أو حدث تغير مفاجىء في نوع الطعام أو طريقة التغذية أو إذا كان هناك كراهية أو عدم صبر من جانب من يقومون بتغذية الطفل خطر الجوع أو قلة الدفء الانفعالي يسمح بظهور القلق. وتوجد ذكريات الخبرات غير السارة المرتبطة بالوظيفة المعدية معوية في ذلك الجزء من العقل وهو اللاشعور، وبنمو الطفل وكبره فإن إحياء نفس الموقف الخاص بالحرمان عند موت أو مرض رفيق دراسة، أو رفيق زواج يؤدي إلى رد فعل قلق. وإذا عرف سبب القلق أمكن إيجاد حل وإذا لم يعرف سببه ولم يفرغ فإنه يبذل قوته على الجسم نفسه، وبعد ذلك فإن بعض أجزاء الجسم أو عضو منه يكون قابلاً لتحمل عطب الوظيفة كنتيجة لذلك. وعندما تكون عمليات الهضم والبلع ذات أهمية عظمى في حياة الطفل إلى جانب وجود خبرات قلق في حياته، ثم تحدث خبرات قلق مشابهه فيما بعد في حياته من المحتمل أن تنتج أعراض في أعلى منطقة بالجزء المعدي معوي (١٠٤ : ٣٥).

ويذهب جرينكر وزملاؤه Grinker إلى أن للقلق دوره الخاص في عمليات توافق الكائن الحي فهو يشير إلى وجود الانعصاب كما أنه عمل كنذير Pracurson بوجود استجابات انعصاب أكثر، كما يتنبأ بتوافقات الكائن الحي التي تعمل لمواجهة ضغط أعلى أو متوقع في العمليات السلوكية السيكولوجية والجسمية التي ترتبط بعضها ببعض ارتباطاً متفاعلاً، ويصبح التوازن غير منتظم في المستويات العليا من القلق كما في حالة دمار الحرب Holocoust أو المصائب غير المتوقعة، لدرجة أن الوظائف الجسمية والسلوك والكفاية السيكولوجة تضطرب بعمق. كما يكون القلق مسؤولاً عن نمو الأعراض السيكاترية وتشوهات الشخصية .P

وفي الحال قد تعمق المتاعب الضارة Threatening deformations الدفاعات السابقة مثل الطقوس السحرية أو تنتج أنواعاً recrudescence جديدة من الدفاعات لأن القلق الهائم .Free A واحد من أعظم الآلام التي يتحملها بني البشر. وكعلامة للخطر يكون القلق مصحوباً بمجموعة من العمليات الجسمية المترابطة والتي تكون على شكل أنشطة تعد لعمل اضطراري فجائي وغالباً ما تكون هذه عبارة عن أنماط في طرق الفرد أو في سلوكه التي شتق من التعليم المبكر في حياته.

ويقول جرنكر وزملاؤه، تنظم الأجهزة البيولوجية والسيكولوجية وربما الاجتماعية عمليات هو ميوستاذي متكاملة تعمل على المحافظة على التوازن داخل حدود المدى الفسيولوجي والصحي لوظيفة الكائن الحي. وعندما تشد المتغيرات الأساسية للنظام عند نقطة حرجة فإن عمليات فجائية جديدة أو تكيفية تنشط وينمو نظام جديد يكون القلق الوظيفة الرئيسية له، فإذا اقتصرت وظيفة القلق على أن يكون مجرد علامة فإن حياة النظام الجديد تكون مؤقتة ويحتمل العودة للنظام السابق.

وفي مواقف أخرى قد يبقي القلق لمدة طويلة، أي يكون عصابياً، ويبقى النظام ولا يعود للسابق. وتتكيف الوظائف المعرفية ووظائف النزوع والأفعال الفسيولوجية تحت الظروف التي يوجد فيها القلق ويبقى لمدة طويلة.

ومن الدراسات التجريبية التي قام جرنكر وزملاؤه بها عن الاختلاف في الزمن المنبه والاستجابة للقلق، وهل يدوم القلق بعد حدوث المنبه فقاموا في بعض التجارب بتنبيه منطقة في دماغ الإنسان بأعلى العظمة الوتدية Sphenoid bone وتم تسجيل أفعال قوية في المنطقة المنبهة بسطح الجمجمة لمدة معينة بعد توقف المنبه Cessation، ولم تتهيج المنطقة القاعدية المنبهة فقط بل تبع ذلك بعد ثوان قليلة انفجار كبير بموجات اللحاء المستثارة Cortical excitatory waves وبعد ذلك نقصت الاستجابات في المنطقة القاعدية واللحاء... الخ.

ولقد عانى المفحوص البشري في هذه التجربة قلقاً شديداً في لحظة التنبيه، وبعد التنبيه خبر المفحوص البشري هجوماً milder bouts من القلق، عندها عاد الدماغ للعمل أو للحالة الطبيعية، وفي الحياة يخبر الإنسان انفجاراً مفاجئاً من القلق استجابة لموقف محرج.

كما قاموا ببحث عن دوام الاضطرابات السلوكية والفسيولوجية بعد سكون القلق فلاحظوا خلال الحرب تغيرات عميقة في السلوك وتغيرات فسيولوجية هامة واضطرابات في المعرفة والنواحي النزوعية لدى المفحوصين الذين انخفض dwindled لديهم القلق.

كما قاموا ببحث ظهور القلق لمدة طويلة بعد المنبه فوجدوا في تحليل برنامج تدريب جنود المظلات أن القلق يظهر غالباً بعد انتهاء ضغط التدريب (٧٧: ٢٤٩).

وفي دراسة محلية عن علاقة القلق بالتوافق والاستقرار الأسري قارن الباحثون بين مجموعتين من الأطفال من حيث درجة القلق الصريح Manifest Anxiety وعرفا القلق بأنه حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالباً ما ينسحب هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً. وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في سلوك الشخص.

وكانت كل من المجموعتين تتكون من ٥٠ طفلاً منهم ٢٥ ذكراً، ٢٥ أنثى تتراوح أعمارهم بين ١٣، ١٥ سنة وكانت المجموعة التجريبية تحيا حياة منعزلة عن العائلة في مدينة تحسين الصحة بالهرم، بينما كانت المجموعة الضابطة تحيا مع عائلاتها. وكان الفرق الذي صاغه المؤلفان: أن الأطفال المعزولين المقيمين بمدينة تحسين الصحة بالهرم سوف يكون متوسط القلق لديهم أعلى من متوسط القلق لدى الأطفال المقيمين مع عائلاتهم. وقد استخدم الباحثان لتحقيق هذا الفرض مقياس تيللور taylor للقلق.

ولقد أكدت نتيجة التحليل الإحصائي الفرض الذي وضعه الباحثان.

كما تبين لهم أن الأطفال الابناث في المجموعة التجريبية أشد قلقاً من الأطفال الذكور.

وهكذا تبين أن عدم الاستقرار العائلي وسوء التوافق الأسري لها علاقة دالة إحصائية بدرجة القلق لديهم (٤٢: ٤٦). ومن هذه الناحية يؤيد هذا البحث مع اختلاف العينة والأدوات ما توصلنا إليه من علاقة سوء التوافق المهني بالاضطرابات السيكوسوماتية.

ولا يفوتنا هنا أن نشير إلى البحث المقارن عن «المزاج العصبي» والذي أجرى في إنجلترا وفي مصر. فلقد لاحظت الجهات المسؤولة في إنجلترا أن بعض عمال التلغراف يصابون بما يعرف بحالة التصلب التي تؤثر في إنتاجهم، فأجرى مجلس الأبحاث الصحي للصناعة اختبارات خاصة بالتوافق العضلي العصبي للمصابين، ثم أجريت اختبارات شخصية فوجد أن ٧٥٪ من المصابين بالتصلب كانت تبدو عليهم علامات القلق والاضطراب العصبي، ولقد ظهر ذلك في عملهم على شكل فقدان تام للقدرة على العمل إلى تعذر كتابة حروف معينة، وبعد ذلك أجري بحث شمل موظفين حكوميين بالمصانع من كلا الجنسين وصل العدد فيه إلى ١٠٠٠، وطبق عليهم اختبار وضعه مكدوجل لقياس الانتباه الإرادي واستمراره، ويعرف بجهاز التنقيط كما طبق عليهم الاختبار الشخصي وضع ذلك الأخير لقياس النواحي المزاجية في الشخصية وصنف المختبرون حسب هذا الاختبار إلى ثلاث مجموعات ٢١ مجموعة قلق، ٢٢ مجموعة من الوسواسيين ٣٠ مجموعة من العاديين.

ولقد وجد أن أداء مجموعة القلق في اختبار التنقيط أقل من الأسوياء، وأن الوسواسيين يبلغون مستوى عالياً عن مجموعتي الأسوياء والقلق.

ولقد أجري نفس البحث في مصر على طالبات السنة النهائية بمعهد

التربية للمعالمات بالزمالك. واستخدم فيه نفس الطريقة التي اتبعت في البحث الذي أجري في لندن (بوجود الدكتورة ماي سميث صاحبة بحث لندن) فقسمت الطالبات إلى ثلاث مجموعات وأجري عليهن الاختبار (مثل الاستبار) وبمقارنة النتائج وجد أن نفس الاتجاه ظاهر من حيث أن طائفة القلقات أقل نجاحاً في أدائها للاختبار من طائفة العاديات، بينما الموسوسات في مجموعهن أعظم نجاحاً (٣٧: ٣).

رابعاً: نتائج الاختبار السوسيومتري

تفسير القيادة

ولقد أدى بنا اختبار هذا الفرض وهو علاقة الاضطراب بالقيادة (وهي بالطبع أحد الأبعاد التي بالاختبار السوسيومتري) إلى ضرورة الكشف عن الاتجاهات المختلفة في دراسة القيادة ودورها في الكفاية الإنتاجية والتي اهتم بها الكثيرون من أمثال: ريو، روثلو برجر، ديكسن Dickson, Roethlioberger, E. Rayo، كما درس هومانز وبيلز Bales وغيرهم «العلاقة بين القيادة ومعايير الإنتاجية»، وقد طرحنا الفرض على أساس أننا نتوقع أن يكون المرضى أقل اختياراً من جانب زملائهم في مواقف القيادة عن الأسوياء وذلك نظراً لقلة فاعليتهم وخاصة أن أدائهم في العمل أقل بدرجة دالة إحصائياً من المجموعة الضابطة.

ولقد بينت الدراسة الإحصائية أن هناك فرقاً دالاً في مجال القيادة عند مستوى ٠,٠١، بين المجموعة الضابطة والتجريبية على نحو أن المجموعة الضابطة تتمتع بدرجات اختيار أعلى من مجموعة المرضى.

كما أوضحت الرسوم صحة ذلك فوضح في أغلب الرسوم عزلة أفراد المجموعة التجريبية ووجود عدد كبير من أفراد المجموعة الضابطة يختارون من جانب باقي أفراد الجماعة كقادة.

ونقصد بالقيادة كما تقاس في أسئلة الاختبار بمجموعة المواقف التي

يلجأ فيها العامل لأحد زملائه ليستشيره فيها عن غيره، أو هو يقوم بترشيحه كمشرف عليه، أو كممثل له في النقابة، والقائد في هذه الحالة هو الذي يحصل على أكبر عدد من الاختبارات. وتشير الرسوم السوسيومترية إلى أن أفراد المجموعة الضابطة يتمتعون بفاعلية في الجماعة ظهرت في أنهم خطوا بتمثيلهم كقادة من جانب باقي أفراد الجماعة، حتى ولو انقسمت الجماعة لجماعات فكان لأفراد المجموعة الضابطة نفس المركز، ومما سبق نستنتج أن أفراد المجموعة الضابطة يتمتعون بين زملائهم بدرجة عالية من التوافق الاجتماعي بينما لم يحظى أفراد المجموعة التجريبية بنفس الدرجة، فهم منبوذون معزولون.

وقد يوجه إلى هذه النتيجة نقد هو أن الذي يدفع الفرد إلى النجاح الاجتماعي هو عدم شعوره بالأمن لدرجة لا يستطيع معها تحما فقدان حب الجماعة، إلاّ أن البيانات الموضوعية لا تجد لها تفسيراً سوى ما قدمنا، وتعكس لنا النتائج السابقة أن أفراد المجموعة الضابطة على قدرة عالية من التمييز الدقيق للاستجابات التي يستثيرونها في الآخرين في مجال علاقاتهم بهم وقد ترتبط هذه القدرة بالصحة النفسية، والتوافق الشخصي وهما ينعدمان لدى المجموعة التجريبية.

ولقد حظي معظم أفراد المجموعة الضابطة باختيارهم كقادة أو يقعون في مركز تالي «للنجم» أو يحصلون في الغالب على عدد من الاختيارات يفوق بدلالة المجموعة التجريبية لأنهم دون شك يتسمون في نظر أفراد جماعاتهم بالقدرة على اتخاذ القرار والتنسيق والتخطيط ووضع السياسة والممثل الخارجي للجماعة وصورة الأب كما حدد ذلك كرتشفيلد.

وتشير النتائج السابقة إلى أن أفراد المجموعة الضابطة تتجه إليهم أنظار المجموعة (مجموعاتهم) يحوطونهم بالحب ويتمنون أن يصبحوا مثلهم، كما أنهم كما سبق أن بينا يقومون بوظائف تؤثر أساساً في تكوين الجماعة. ويقول ردل Redl إن هذه الوظائف تبقى على الجماعة وهذه

الوظائف أيضاً تعمل من خلال ميكانيزمات مثل التودد والتخفف من الذنب وضبط الحوافز وتمثل الأنا الأعلى (٣٢: ٢٨).

ونخلص من ذلك أنه إذا كان أفراد المجموعة الضابطة على النحو السابق (رغماً مما يوجه إليه من نقد) إلاّ أن أفراد المجموعة التجريبية يقلون عن أفراد المجموعة الضابطة بدرجة دالة إحصائية من حيث فاعليتهم ومن حيث تأثيرهم في الجماعة. ومن ثم فغالبيتهم لم يحصل على الاختيار الذي يضعهم في موضع القيادة.

ثانيا: المكانة الاجتماعية

أثبتت نتائج الدراسة الإحصائية أن هناك فرقاً دالاً في المكانة الاجتماعية بين المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجة مكانة الاختيار عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ويشير الفرق إلى أن المجموعة الضابطة أعلى في المكانة الاجتماعية من أفراد المجموعة التجريبية إذ يبلغ متوسط المجموعة الضابطة ٥٠,٨ والمجموعة التجريبية ٣٣,٦. وتعكس تلك النتيجة السابقة أن أفراد المجموعة الضابطة يتمتعون بدرجة عالية في مجال الاتصال والعلاقات الاجتماعية بين زملائهم، سواء في مجال العمل أو خارج العمل. وتعكس تلك النتيجة أن أفراد المجموعة التجريبية أقل توافقاً في هذا المجال من أفراد المجموعة الضابطة. ولقد أثبتت البحوث أن الأفراد الذين يتمتعون باختيار اجتماعي أقل يتعرضون أكثر للإصابة بالحوادث، إذ وجد سيدوف وكير (١٩٥٣) ارتباطاً سلبياً بين القابلية للحوادث وبين مكانة الاختيار السوسيومتري (٣٢: ٢٨٠). وتؤكد تلك النتيجة ما تشير إليه نتائجنا من أن المرضى السيكوسوماتيين يحصلون على اختيار أقل من أفراد جماعتهم. وهناك بحث يؤيد ما وصلنا إليه وهو ما قام به ريموند كوهلين وهيوك بريتس عن مكانة الاختيار السوسيومتري وعلاقتها بمشكلات الشخصية على أساس أن هناك فرقاً في مشكلات الشخصية للمراهقين

المقبولين اجتماعياً، والمراهقين المنبوذين اجتماعياً. فوجد أن الأفراد غير المرضى عنهم أو غير المقبولين اجتماعياً يعانون من المشاكل بدرجة أكبر من الأفراد المقبولين اجتماعياً (١١ : ٢٥٨). وفي دراستنا نجد أن المرضى السيكوسوماتيين نظراً لما يعانونه من مشاكل شخصية تقل درجات اختيارهم أي أن ما بهم من صفات شخصية لا تلقي التقدير من جانب أفراد الجماعات التي ينتمون إليها مما يجعلهم منبوذين ومعزولين أي يتجاهلون من جانب زملائهم، ويصعب هنا أن نقول أيهما أسبق من الآخر الصفات الشخية أم النبذ، رغماً من اقترانهما ببعض.

ونخرج من نتائج البحث الذي قام به فرنش عن علاقة دالة بين مكانة الاختيار السوسيومتري وبعض سمات الشخصية أن عمال المجموعة التجريبية وهم أقل في المكانة السوسيومترية عن أفراد المجموعة الضابطة أن المرضى السيكوسوماتيين أقل في المكانة السوسيومترية نتيجة لوجود سمات شخصية لا سوية لديهم، وهذا ما أكدته نتائج قائمة كورنل.

وفي نتائج البحث الذي استخدم على ضباط وملاحي السلاح الجوي ما يؤكد ما توصلنا إليه حيث استخلص من السوسيوجرام وجود انقسام في الجماعة ووجود جماعات فرعية ذات روح عالية وجماعات أخرى ذات روح منخفضة. وقد استخلص الباحث من هذا البحث أن الجماعات المفككة هي ذات الروح المعنوية المنخفضة وأن الجماعات المتماسكة ذات روح معنوية عالية (١١ : ٢٥٨).

وفي دراستنا هذه نجد أن المرضى السيكوسوماتيين إلى جانب أنهم أقل من الأسوياء في المكانة السوسيومترية بدرجة دالة إحصائية فهم أيضاً منخفضي الروح المعنوية في بعض الجوانب ومثلهم مثل الجماعة الضابطة في جوانب أخرى كالود والتعوان بين العاملين، وكعلاقة العمال بالمشرف، وكمزايا العاملين، لكن الجوانب التي وجد أن المجموعة التجريبية من المرضى أقل في الروح المعنوية من المجموعة الضابطة هي: المكانة

والتقدير وقدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، والتوحد مع الشركة، وأعراض الروح المعنوية والأمنة في العمل وكفاءة الإدارة. ومما يؤيد صدق أن مجالات العلاقات الداخلية والخارجية لم يكن هناك فرق دال بين المجموعتين عليها أن الجوانب المماثلة لهذه المجالات بمقياس الروح المعنوية مثل الكفاءة بين العاملين، لم يكن هناك فرق بين المجموعتين عليها.

٥ ـ مناقشة عامة للنتائج

أجابت النتائج المختلفة للبحث على فروضه التي طرحت على شكل توقعات واحتمالات على النحو التالي:

(١) أجابت نتائج اختبارات الاستعدادات والقدرات الخاصة على ما طرحه الفرض الأول من توقعات واحتمالات، وهو أن درجة استعداد وقدرات المرضى السيكوسوماتيين والمتطلبة في عملهم أقل أو تتساوى أو تكثر عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة. فقد كانت درجات المرضى السيكوسوماتيين بالفعل على جميع اختبارات القدرات أقل من حيث المتوسط من درجات الأسوياء والذي يتساوون معهم في كافة المتغيرات، سوى أنهم ليس لديهم اضطراب سيكوسوماتي. وعند المقارنة بين المجموعتين على هذه الاختبارات باستخدام النسبة الحرجة وجد أن الفرق في صالح المجموعة الضابطة وبمستوى دلالة عند ٠,٠٥ على اختبارات الفهم، وسرعة الإدراك، والتجميع الميكانيكي، والاختبارين الأول والثاني من الاختبارات الخاصة بالورقة والقلم، أما الاختبار الثالث فهو اختبار عملي. أما باقي الاختبارات وهي اختبار الاستدلال الميكانيكي واختبار أوكونر لمهارة الأصابع، وضع، نزع، وإن كان المتوسط كما سبق أن أشرنا لم يكن في صالح المجموعة التجريبية إلّا أن الفرق لم يكن دالاً من الناحية الإحصائية. وبذلك تكون إجابة تلك

النتائج على ما طرحه هذا الفرض من احتمالات وتوقعات إجابة جزئية وجدنا فيها أن القدرات التي تقيسها اختبارات الفهم وسرعة الإدراك والتجميع الميكانيكي لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي وهذه القدرات هي:

(أ) القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات الميكانيكية والتصور المكاني، والتذكر.

(ب) قدرة الفرد على تقويم خبراته الماضية بالاعتماد على الخبرة العملية.

(جـ) سرعة مقارنة الأشكال وإدراك التغير في الشكل وتحديد الشكل الذي يتفق في طريقة التظليل مع الشكل المرجعي.

(٢) كما أن النتائج على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل قد أجابت بشكل قاطع على التوقعات المتضمنة في الفرض الثاني، وهو أن درجة الاضطراب الانفعالي لدى المرضى السيكوسوماتيين أعلى أو تتساوى أو تقل عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة، والذي نعنيه بالناحية الانفعالية حالات القلق والخوف والاكتئاب وتوهم المرض... الخ، فقد كانت درجات المرضى السيكوسوماتيين أعلى في المتوسط وبدرجة دالة إحصائية على جميع المقاييس الفرعية للقائمة والتي تقيس في مجموعها الاضطرابات والنواحي العصبية والسيكوسوماتية. ويعني ذلك أن ما أصاب الجسم من اضطراب راجع لاضطراب في النواحي الانفعالية والمزاجية من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن السمات التي ميزت بين المجموعتين وهي جميع السمات التي تقيسها المقاييس الفرعية لقائمة كورنل (وعلى اعتبار أنها من عوامل التوافق المهني) لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي، وهذه النواحي هي:

(أ) الخوف وعدم الكفاية والذي يعني بها الانفعالات الشديدة ذت الطابع البدائي، والمعوقة عادة، والتي تتصف بالتغيرات البدنية الواسعة،

وبالسلوك الهروبي أو السلوك الانسحابي والتي تقاس بالعبارات الدالة على ذلك بالقائمة.

(ب) الاكتئاب وهو اتجاه انفعالي مرضي يتضمن الشعور باليأس وعدم الكفاية ويكون مصحوباً بانخفاض عام في النشاط النفسي والجسمي، والتي تقاس كذلك بالأسئلة في المقياس الخاص بذلك.

(جـ) العصبية والقلق: حالة من التوتر الدائم مع غلبة الأعراض الحركية والتي تتسم بالانشغال الدائم بحركات صغيرة لا معنى لها وكثرة الضجيج والتململ وسرعة التهيج والضيق، وتقاس هذه الأعراض بعبارات في المقياس الدال على ذلك بقائمة الكورنل.

(د) أعراض التنفس والدورة الدموية وهي مجموعة الأعراض البدنية والتي تشير إلى وجود ألم أو اضطراب عضوي في ذلك المكان من الجسم الذي يصحب الاضطراب الانفعالي.

(هـ) الفزع: حالة من الاضطراب والتوتر الانفعالي التي تحدث نتيجة لمنبهات مفاجئة ومزعجة لم يكن الكائن مهيأ من قبل للاستجابة لها.

(و) الأعراض السيكوسوماتية: وهي مجموعة الأعراض الجسمية التي تعم الجسم بأشمله ابتداء من الصداع بالرأس إلى وجع القدمين.

(ز) الخوف على الصحة: وهي مجموعة الأعراض والشكاوى البدنية التي ليس لها سبب حقيقي.

(حـ) الجهاز المعدي معوي: وهي مجموعة الأمراض البدنية التي تشير إلى أوجاع وآلام واضطراب عضوي في ذلك المكان من الجسم والذي يصحب الاضطراب الانفعالي.

(ط) الحساسية والشك: حالة من التوتر الانفعالي تعكس وجهة نظر الآخر في الشعور بالذات والمتمثلة في الإحساس بأن الآخرين يراقبونه ولا يعاملونه بالعدل.

(ي) السيكوباتية: حالة من السلوك غير السوي والمضاد للقيم الاجتماعية والمتمثل في إدمان الكحوليات وعدم النضج والغضب السريع، والكذب، والسرقة.

(٣) أجابت النتائج على المتغيرات الفرعية للروح المعنوية على ما طرحه الفرض الثالث من توقعات واحتمالات، وهو أن درجة الروح المعنوية لدى المرضى السيكوسوماتيين أقل أو تتساوى أو ترتفع عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة، والذي نعنيه بالروح المعنوية هنا شعور الفرد بقدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، وشعوره بأنه مقدر له مكانته وشعوره بالأمن والتوحد مع الشركة... الخ.

ولقد كانت درجات المرضى السيكوسوماتيين أقل على مقاييس الروح المعنوية في المتوسط وبشكل دال إحصائياً. كما أن المتوسط على المتغيرات المختلفة للروح المعنوية كان في صالح المجموعة الضابطة لكنه لم يكن دالاً إحصائياً في كل المتغيرات. فقد أشارت قيمة «ت» على متغيرات مزايا العاملين، والود والتعاون بين العاملين، وعلاقة العمال بالمشرف إلا أن الفرق بين المجموعتين فرق غير دال.

أما الفرق على متغيرات: قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته، وكفاءة الإدارة، والمكانة، والتقدير وعلاقة (العامل بعمله) الأمنة والتوحد مع الشركة، وأعراض الروح المعنوية. معنى ذلك أن الاضطرابات السيكوسوماتية لها علاقة بتلك المتغيرات الدالة في الروح المعنوية. وتلك الأخيرة أحد العوامل الممثلة للتوافق المهني في هذه الدراسة، وهذه المتغيرات الدالة هي:

(أ) قدرة الإشراف على تنظيم العمل وتوفير متطلباته ويعني بها شعور الأمل بالارتياح بالنسبة لأحوال العمل التي يعمل بها، وبأن الإدارة

توفر للعامل الأدوات اللازمة للعمل وتقدم له التسهيلات الخاصة بإتمامه من تدريب وأمن.

(ب) كفاءة الإدارة: ويعني بها شعور العامل بقدرة الإدارة وكفاءتها في تحديد ساعات العمل المعقولة، وفي بث روح التعاون بين العاملين، وفي ضبط التعليمات الموجهة إلى العاملين، واهتمام الإدارة بتحسين أحوال العمل، ورضا العامل عن الدرجة الوظيفة التي يعمل فيها.

(جـ) المكانة والتقدير: ويعني بها شعور العامل بأنه موضوع في العمل الذي تدرب عليه، وأن عمله ذا قيمة لدى الشركة، وأنه فخور بعمله ومبسوط منه.

(د) الأمنة في العمل، ويعني هذا المتغير شعور العامل بالأمن والحرية في إبداء الرأي بصراحة، والشعور بالاطمئنان في العمل، وعدم استغناء العمل عنه.

(هـ) التوحد مع الشركة، أي شعور العامل بأنه جزء من الشركة لا يتركها لعمل آخر مهما قدم له من مزايا وشعوره أيضاً بالاشتياق للعودة إلى العمل بعد غيابه عنه.

(و) أعراض الروح المعنوية، ويعني بها مجموعة الأعراض السيكوباثولوجية المرتبطة بالروح المعنوية في العمل كشعور العامل بالضيق والتعب والإجهاد من العمل.

(٤) أجابت النتائج على النواحي المختلفة للاختبار السوسيومتري بالنسبة لما طرحه الفرض الثالث من توقعات وهو أن درجة العلاقات السوسيومترية لدى المرضى السيكوسوماتيين أقل (أو تتساوى أو ترتفع) عن المتوسط بدرجة دالة عن الأسوياء في المجموعة الضابطة. ولقد كانت درجات المرضى السيكوسوماتيين على النواحي المختلفة للاختبار السوسيومتري من

حيث المتوسط أقل من درجات الأسوياء. وباستخدام درجة مكانة الاختيار فقد كان الفرق دالاً احصائياً في مواقف القيادة فقط، أما مواقف العلاقات الداخلية والعلاقات الخارجية فلم يكن الفرق دالاً، وباستخدام درجة مكانة الاختيار أيضاً كان الفرق دالاً إحصائياً بالنسبة لمواقف القيادة وبالنسبة للدرجة الكلية على الاختبار ككل (المكانة الاجتماعية). معنى ذلك أن المكانة السوسيومترية بوجه عام والقيادة بوجه خاص لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي.

(٥) تبين لنا من العرض السابق في ١، ٢، ٣، ٤ أن المتغيرات المختلفة الدالة في الروح المعنوية، وفي المقاييس الفرعية الدالة بقائمة كورنل، والاختبارات الدالة بالاستعدادات والقدرات، ومتغيرات الاختيار السوسيومتري الدالة، والتي نملها في الجدول (٩١)، هذه الاختبارات والمتغيرات والمقاييس الدالة هي عوامل التوافق المهني التي لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي ويشمل الجدول (٩١) متوسطات وانحرافات درجات المرضى السيكوسوماتيين على هذه المتغيرات:

رقم	المتغيـر	م	ع	الدلالـة
أ	**القدرات والاستعدادات :**			
١	التجميع الميكانيكـي	٦٫١٠	٣٫٢٧	٠٫٠٥
٢	الفهـــــم	٦٫٩٨	٢٫٣٤	٠٫٠١
٣	سرعة الادراك	١٣٫٠٠	٥٫٣٥	٠٫٠٥

رقم	المتغيـر	م	ع	الدلالـة
ب	**الروح المعنـوية :**			
١	قدرة الإشراف	٣٫٢٦	٢٫٠٤	٠٫٠٥
٢	كفاءة الادارة	٤٫٢٤	١٫٣٦	٠٫٠١
٣	المكانة والتقدير	٣٫٩٤	٠٫٩٠	٠٫٠١
٤	الأمنة فى العمـل	٥٫٢٦	١٫٨٦	٠٫٠١
٥	التوحد مع الشركة	٥٫٥٦	١٫٦٤	٠٫٠٥
٦	أعراض الروح المعنوية	٤٫٠٢	١٫٨٠	٠٫٠١
جـ	**النواحى الانفعاليـة :**			
١	الخـــوف	٦٫٩٨	٣٫٣٠	٠٫٠١
٢	الاكتئاب	٣٫٥٤	٢٫١٩	٠٫٠١
٣	العصبيـة والقلق	٣٫٥٦	١٫٥٤	٠٫٠١
٤	أعراض التنفس والدورة الدموية	٣٫٠٠	١٫٧٨	٠٫٠١
٥	الفـــزع	٣٫٥٤	٢٫٣٤	٠٫٠١
٦	الأعراض السيكوسوماتية	٥٫٥٠	٢٫٧٩	٠٫٠١
٧	الخوف على الصحـة	٥٫١٠	١٫٨٩	٠٫٠١
٨	الأعراض المعدية المعوية	٥٫٦٢	٢٫١٦	٠٫٠١
٩	الحساسية والشك	٤٫٦٠	١٫٣٨	٠٫٠١
١٠	السيكوباتيـة	٣٫٨٨	١٫٨٠	٠٫٠١
د	**العلاقات السوسيومترية :**			
١	القيـادة	٢٫١٠	١٫٦٤	٠٫٠١
٢	المكانة الاجتماعية	٣٣٫٦٠	٢٢٫٣٥	٠٫٠٥

جدول (٩١) المتغيرات الدالة فى عوامل التوافق المهنى المختلفة

(٦) أجابت نتائج التحليل العاملي للمتغيرات الدالة (كما في الكشف السابق) بين المجموعتين على اختبارات القدرات والاستعدادات والروح المعنوية، والنواحي الانفعالية على ما طرحه الفرض الخامس من احتمال وجود عوامل عامة تشبع بين هذه المتغيرات الدالة. ولقد أخضعت درجات المجموعة التجريبية على المتغيرات الدالة للتحليل العاملي فكانت هذه العوامل هي:

(أ) سرعة إدراك العلاقات المكانية.
(ب) المكانة والتقدير.
(جـ) الأعراض العصابية للروح المعنوية.
(د) الاضطراب السيكوسوماتي،
(هـ) القلق.

ويشبع العامل (أ) بين اختبارات القدرات الثلاث الدالة، ويشبع العاملات ب،جـ بين متغيرات الروح المعنوية الستة (إلى جانب محكات العمل)، ويشبع العاملان د، هـ بين المقاييس العشرة للنواحي الانفعالية (إلى جانب محكات العمل) في قائمة كورنل.

(٧) يتضح لنا مما عرض في ٥، ٦ أن العوامل الخمسة التي استخرجت من التحليل العاملي (إلى جانب الاختبار السوسيومتري) هي عوامل التوافق المهني التي لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي في حدود عينة هذه الدراسة.

(٨) أجابت نتائج المقارنة بين مرضى القلب والأوعية الدموية وبين الأسوياء وبين مرضى الجهاز المعدي معوي وبين الأسوياء أيضاً على ما طرحه الفرض السادس من احتمالات، وهو أن تكون الدرجة على اختبارات الاستعدادات والقدرات والنواحي الانفعالية، والروح المعنوية لدى هؤلاء المرضى أقل (أو أكثر أو تتساوى) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة. أي أنه من المحتمل أن يكون المرضى في

هاتين الفئتين أو أحدهما دون الأخرى أقل توافقاً (أو أكثر أو تتساوى) في الاستعدادات، والقدرات والروح المعنوية، والنواحي الانفعالية من الأسوياء. وسنوضح الإجابة على هذا الفرض بالنسبة لكل اختبار على حدة وكل فئة على حدة.

(أ) فبالنسبة لاختبارات القدرات والاستعدادات في مجموعة الجهاز المعدي معوي: أشارت الفروق بين مرضى الجهاز المعدي والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء من حيث المتوسط على جميع الاختبارات، إلا أن هذه الدرجة لم تكن دالة إلا على اختباري الاستدلال الميكانيكي وسرعة الإدراك.

(ب) وبالنسبة لمتغيرات الروح المعنوية في مجموعة الجهاز المعدي معوي: أشارت الفروق بين مرضى الجهاز المعدي والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء من حيث المتوسط على جميع المتغيرات، إلا أن هذه الدرجة لم تكن دالة إلا على متغيرات: كفاءة الإدارة، الأمنة في العمل، التوحد مع الشركة، أعراض الروح المعنوية.

(جـ) بالنسبة للنواحي الانفعالية في مجموعة الجهاز المعدي معوي: أشارت الفروق بين مرضى الجهاز المعدي معوي والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء (من حيث الثبات الانفعالي) من حيث المتوسط، إلا أن هذه الدرجة لم تكن دالة إلا على متغيرات: الخوف الاكتئاب، العصبية والقلق، الأعراض السيكوسوماتية، الخوف على الصحة، الجهاز المعدي، السيكوباتية.

(د) بالنسبة لاختبارات القدرات والاستعدادات في مجموعة القلب والأوعية الدموعية: أشارت الفروق بين مرضى جهاز القلب والأوعية الدموية والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء على جميع الاختبارات (ما عدا الاستدلال الميكانيكي الأسوياء م = ١١,٨٨، ع = ٢,٥٦،

والمرضى = ١٢,٨٨، ع = ٢,٦٠) من حيث المتوسط إلا أن هذه الدرجة لم تكن دالة إلاّ على اختبار سرعة الإدارك.

(هـ) بالنسبة لمتغيرات الروح المعنوية في مجموعة القلب والأوعية الدموية: أشارت الفروق بين مرضى القلب والأوعية الدموية والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء على جميع الاختبارات (ما عدا متغير قدرة الإشراف تساوي المتوسط في المجموعتين ٤,١٣ وإن اختلف الانحراف المعياري) إلاّ أن هذه الدرجة لم تكن لها دلالة على أي متغير من متغيرات الروح المعنوية.

(و) بالنسبة لمتغيرات النواحي الانفعالية في مجموعة القلب والأوعية الدموية: أشارت الفروق بين مضى جهاز القلب والأوعية الدموية والأسوياء إلى أن الدرجة في صالح الأسوياء (من حيث الثبات والاتزان الانفعالي) على جميع مقاييس النواحي الانفعالية وبشكل دال من الناحية الإحصائية.

(٩) يتضح لنا مما جاء من نتائج في ثامناً رداً على الفرض السادس لهذه الدراسة أن عوامل التوافق المهني التي لها علاقة باضطراب الجهاز المعدي معوي غير عوامل التوافق المهني التي لها علاقة باضطراب جهاز القلب والأوعية الدموية ويتضح ذلك في الجدول (٩٢):

عوامل التوافق المهنى التى لها علاقة باضطراب الجهاز المعدى	
١ ــ الاستدلال الميكانيكى	٢ ــ سرعة الإدراك
٣ ــ كفاءة الإدارة	٤ ــ الأمنة فى العمل
٥ ــ التوحد مع الشركة	٦ ــ أعراض الروح المعنوية
٧ ــ الخوف	٨ ــ الاكتئاب
٩ ــ العصبية والقلق	١٠ ــ أعراض سيكوسوماتية
١١ ــ الخوف على الصحة	١٢ ــ أعراض معدية
١٣ ــ السيكوباتى	

عوامل التوافق المهنى التى لها علاقة باضطراب القلب والأوعية
١ ــ سرعة الإدراك
٢ ــ الخوف
٣ ــ الاكتئاب
٤ ــ العصبية والقلق
٥ ــ أعراض التنفس والدورة
٦ ــ الفزع
٧ ــ أعراض سيكوسوماتيك
٨ ــ الخوف على الصحة
٩ ــ الجهاز المعدى
١٠ ــ الحساسية والشك
١١ ــ السيكوباتى

جدول (٩٢) عوامل التوافق المهنى التى لها علاقة باضطراب القلب والجهاز المعدى

(١٠) نلمح في الجدول السابق أن هناك عوامل تتعلق بالتوافق المهني ولا تقترن بالاضطراب إلاّ في كل جهاز على حدة مثل الاستدلال الميكانيكي، كفاءة الإدارة، الأمنة في العمل، التوحد مع الشركة، أعراض الروح المعنوية، وهذه العوامل لها علاقة باضطراب الجهاز المعدي معوي دون جهاز القلب والأوعية. وهناك عوامل أخرى: مثل: أعراض التنفس والدورة الدموية، والفزع، والحساسية والشك. وتلك العوامل لها علاقة باضطراب جهاز القلب والأوعية الدموية دون الجهاز المعدي معوي.

(١١) كذلك نلمح في نفس الجدول (٩٢) أن هناك عوامل تتعلق بالتوافق المهني وتقترن بالاضطراب في كل من جهازي القلب والجهاز المعدي وهذه العوامل هي: سرعة الإدراك، والأعراض السيكوسوماتية، والخوف على الصحة، والجهاز المعدي معوي والسيكوباتية والخوف والاكتئاب والقلق.

(١٢) ينحصر تطبيق النتائج النهائية للبحث في نطاق العينة التي أجرى عليها البحث من سن وخبرة ومستوى تعليم ومستوى اجتماعي واقتصادي وكذلك مستوى المهن التي يشغلونها.

(١٣) تتفق بعض نتائج البحث خاصة النتائج المتعلقة بالفرض الثاني لهذه الدراسة مع النتائج السابقة التي أكدت علاقة بعض العوامل الانفعالية كالخوف والاكتئاب والقلق والفزع باضطراب بعض أجهزة الجسم مثل دراسة ستافورد كلارك التي سبق أن استعرضناها، ودراسة ألبرت إكس عن الخوف والغضب وعلاقتهما بالتغيرات الفسيولوجية، وتجارب هارولد وولف على أثر الانفعالات على فسيولوجية المعدة... الخ من التجارب السابقة.

(١٤) تعتبر النتائج الأخرى لهذه الدراسة والخاصة بالنتائج المتعلقة بالفرض الأول والثالث والرابع نتائج خاصة بهذه الدراسة ولم تسمح لنا الامكانيات بأن نقدم دراسات على الاضطرابات السيكوسوماتية من الزوايا

التي عنى بها الفرض الأول والثالث والرابع وهي: الاستعدادات والقدرات الخاصة، الروح المعنوية، العلاقات السوسيومترية، فقد قمنا بمسح للدراسات النظرية على مدى عشر سنوات سابقة في مجلة الملخصات السيكولوجية Psychological Abstract فلم تقع في يدنا بحوثاً أو دراسات تناولت موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال مهن الميكانيكا من زوايا اكالقدرات والعلاقات السوسيومترية والروح المعنوية. كذلك فإن المراجع المشهورة في الدراسات السيكوسوماتية لدنبار وفيس وانجلش لم تتعرض لدراسات على هذا النحو.

(١٥) تنفق نتائج الفرض السادس والخاصة بالجهاز المعدي معوي مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالنواحي الانفعالية كما تقاس بقائمة كورنل بهذه الدراسة فقط ، مثل دراسات مننجر منروليف وفرانز الكسندر حيث وجد بعض الارتباطات بين سمات شخصية معينة واضطرابات مختلفة للجزء المعادي معوي. كذلك تتفق مع ما عرضه فيس وانجلش من حيث علاقة التوترات الانفعالية بهذه الاضطرابات. كما نلمس في دراسة ودمانس على الإمساك تأكيد الأثر عامل الخوف من وظيفة الأمعاء.. كذلك يتفق ما عرضه كوفيل وزملاؤه من أن المرضى الذين تضطرب لديهم عملية الإخراج يعانون من ضغط انفعالي جاء نتيجة القلق والاستياء مع نتائج دراستنا على هذا الجزء المعدي معوي. كذلك تتفق نتائجنا مع نتائج برجمان والفارز حيث أشارا إلى أن مرضى قرحة المعدة عصبيين وحادين وقاسوا من الحياة.

(١٦) تعتبر نتائج التجربة الخاصة بالفرض السادس والخاصة بالجهاز المعدي معوي والتي تناولت الاستعدادات والقدرات الخاصة والروح المعنوية، خاصة بهذه الدراسة ولم نجد فيما استعرضناه من دراسات سابقة دراسة تناولت مرضى الجهاز المعدي معوي من هذه النواحي.

(١٧) تتفق نتائج الفرض السادس بجهاز القلب والأوعية الدموية مع نتائج الدراست السابقة فيما يتعلق بالنواحي الانفعالية. فقد أكد عرض

مياسنيكوف ما لاضطراب القلب من علاقة بالقلق والخوف، كما تتفق مع ما أشار إليه دن Dunn من أن أغلبية المرضى الذين لديهم ضعف عصبي وعائي توجد عندهم سمات عصابية عاة، كذلك تتفق مع ما بينه كل من برات وأيمان من أن كثيراً من أعراض مرضى العصاب النفسي، كما تتفق تلك النائج مع ما قدمه بنجر Binger ومساعديه من دليل على وجود اضطراب في الشخصية ممكن أن يصنف على أنه «عصابي» لدى مرضى الضغط العالي.

(١٨) تفيد نتائج التجربة الخاصة بالفرض السادس والخاصة بالجهاز المعدي معوي والتي تناول الاستعدادات والقدرات الخاصة، خاصة بهذه الدراسة ولم نجد فيما استعرضناه من دراسات سابقة دراسة تناولت مرضى القلب والأوعية الدموية من هذه الزاوية.

(١٩) أشرنا فيما جاء في سادسا (إجابة على ما طرحه الفرض الخامس) إلى أننا قد أجرينا التحليل العاملي لمتغيرات الروح المعنوية الدالة بجانب محكات العمل، كما أننا أجرينا التحليل العاملي لمقاييس النواحي الانفعالية بجانب محكات العمل أيضاً. ولقد تبين من التحليل العاملي أن بعض هذه المحكات قد تشبعت بالعوامل المتعامدة على النحو التالي:

(أ) فبالنسبة للروح المعنوية تشبع محك الاجازات المرضية بعامل الروح المعنوية تشبعاً وصل إلى ٠,٣٢، وتشبع الأداء في العمل بعامل أعراض الروح المعنوية تشبعاً وصل إلى ٠,٥٠، كما تشبع محك الجزاءات بنفس العامل تشبعاً وصل إلى ٠,٣٥.

(ب) وبالنسبة للنواحي الانفعالية تشبع محك الأداء في العمل ٠,٥٤، والجزاءات ٠,٤٤، والتردد على العيادة الطبية ٠,٣٤ بعامل الأعراض السيكوسوماتية، كما تشبع محك التنقل من عمل لآخر تشبعاً وصل إلى ٠,٥١ والاجازة المرضية ٠,٤٥ بعامل القلق.

(٢٠) إذا نظرنا إلى نتائج البحث بوجه عام فإننا نجد أن بعضها يؤيد البعض الآخر أي أن نتائج الاختبارات تتفق بينها فيما وصلت إليه من نتائج على النحو الآتي:

(أ) ميزت درجة المكانة السوسيومترية وهي التي تمثل الدرجة الكلية على الاختبار السوسيومتري. كذلك فإن متغير المكانة والتقدير بمقياس الروح المعنوية قد ميز تمييزاً دالاً أيضاً بين المجموعتين.

(ب) بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للروح المعنوية وبين الدرجة الكلية لقائمة الكورنل والتي يقتبس النواحي الانفعالية ـ ٠,٩٦ وهو معامل له دلالة عند مستوى ٠,٠١ ، كما أنه يتفق مع ما هو مفترض أن يكون حيث أكدت الدراسات السابقة أن الرضا عن العمل يرتبط ارتباطاً سلبياً مع «العصابية».

(جـ) عدم وجود فرق دال بين المجموعتين في مواقف العلاقات الداخلية بالاختبار السوسيومتري يؤيده عدم وجود فرق دال بين المجوعتين في متغير الود والتعاون بين العاملين بمقياس الروح المعنوية.

٦ ـ النواحي التطبيقية للبحث:

تفيد نتائج البحث في المجلات التطبيقية الآتية:

١ ـ الاختيار والتوجيه المهني: تشير الاختبارات الدالة والمميزة بين المجموعة الضابطة والتجريبية إلى ضرورة استخدام الاختبارات النفسية في انتقاء العمال قبل التحاقهم بالعمل. إذ أنه سيتأتى من وراء ذلك توزيع كل فرد إلى العمل الذي يتفق وبناءه النفسي واتجاهاته.

٢ ـ ضرورة تزويد الشركات والمؤسسات الصناعية بالإخصائيين النفسيين للكشف عن هذه الحالات قبل استفحاله باستخدام الوسائل

السيكولوجية في الأقسام والورش التي تشير الاحصائيات إلى وجود علامات متعلقة بهذه المشكلة بها.

٣ ـ ضرورة تشخيص قدرات هؤلاء المرضى ونقلهم لأعمال تتناسب وقدراتهم الخاصة.

٤ ـ فتح العيادات النفسية بكل شركة من الشركات الصناعية، على أن تزود هذه العيادات بالأطباء النفسيين المتفهمين لهذه المشاكل، وبالأخصائيين النفسيين والاجتماعيين لعلاج التوترات الانفعالية المصاحبة لهذه الأمراض.

٥ ـ توزيع العمال ذوي التخصصات الواحدة في الورش باستخدام الأساليب السوسيومترية (كلما بزغت مؤشرات تتعلق باللاسواء)، حيث تشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه كلما كان أفراد المجموعة متقبلين لبعضهم بعضاً كان أفراد الجماعة أكثر تعاوناً وانسجاماً فيما بينهم، وزادت بالتالي كفايتهم الإنتاجية.

٦ ـ تدريب الرؤساء على تطبيق مبادىء العلاقات الإنسانية في العمل وتعليمهم أسس الصحة النفسية في الصناعة إذ أن ذلك سيزيد من فهم الرؤساء لحاجات العامل النسية وطرق إشباعها وما يترتب على سوء فهمهم لنفسية العامل ومشاكله من نقص في كفايته الإنتاجية.

٧ ـ ملخص الرسالة:

١ ـ الهدف:

صمم هذا البحث لاختبار الفروض الست الآتية:

(أ) احتمال أن تكون درجة استعدادات وقدرات المرضى السيكوسوماتيين والمتطلبة في عملهم أقل (أو تتساوى أو ترتفع) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة.

(ب) احتمال أن تكون الحالة الانفعالية لدى السيكوسوماتيين والمتعلقة بالتوافق المهنى أقل (أو تتساوى أو ترتفع) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة.

(جـ) احتمال أن تكون الروح المعنوية للمرضى السيكوسوماتين أقل (أو تتساوى أو ترتفع) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء وفي المجموعة الضابطة.

(د) احتمال أن تكون درجة العلاقات السوسيومترية لدى المرضى السيكوسوماتين أقل (أو تتساوى أو ترتفع) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء وفي المجموعة الضابطة.

(هـ) إمكانية التوصل لعوامل عامة بين المتغيرات الدالة والمميزة بين المجموعتين باستخدام التحليل العاملي لدرجات المرضى السيكوسوماتيين. وتكون هذه العوامل بمثابة عوامل التوافق المهني التي يكون لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي.

(و) احتمال أن تكون درجة الاستعدادات والقدرات، والنواحي الانفعالية، والروح المعنوية لدى فئتي الجهاز المعدي معوي والقلب والأوعية الدموية أقل (أو أكثر أو تتساوى) عن المتوسط بدرجة دالة إحصائياً عن الأسوياء في المجموعة الضابطة.

٢ ـ العينة:

(أ) **مجموعة تجريبية:** ٢٥ من المرضى الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية بينهم ٨ لديهم اضطراب بالجهاز المعدي معوي، ٨ لديهم اضطراب بالقلب والأوعية الدموية، والباقون موزعون على أجهزة الجسم المختلفة.

(ب) **مجموعة ضابطة:** ٢٥ من الأسوياء الذين ليس لديهم أي من هذه الاضطرابات ويتساوون مع المجموعة السابقة في شتى النواحي والظروف.

٣ ـ الوسائل:

اختيرت عوامل التوافق المهني الأربع التالية:

(أ) الاستعدادات والقدرات الخاصة في العمل والتي تقاس بالاختبارات الخاصة بذلك والسابق ذكرها.

(ب) الروح المعنوية والتي تقاس بمقياس الروح المعنوية.

(جـ) النواحي الانفعالية والتي تقاس بقائمة كورنل.

(د) العلاقات السوسيومترية والتي تقاس بالاختبار السوسيومتري.

٤ ـ المعالجات الاحصائية المستخدمة لاستخلاص النتائج:

(أ) اختبار «ت».

(ب) التحليل العاملي للمتغيرات الدالة في كل عامل من عوامل التوافق المهني التالية: الاستعدادات والقدرات، الروح المعنوية، الحالة الانفعالية.

٥ ـ النتائج النهائية:

انحصرت النتائج النهائية في أن العوامل والنواحي الآتية والخاصة بالتوافق المهني لها علاقة بالاضطراب السيكوسوماتي:

(أ) سرعة إدراك العلاقات المكانية.

(ب) المكانة والتقدير وعلاقة العامل بعمله.

(جـ) الأعراض العصابية للروح المعنوية.

(د) الاضطرابات السيكوسوماتية.

(هـ) القلق.

(و) المكانة السوسيومترية.

(ز) القيادة.

Summary of the Research

1 - Aim!

This Research was designed to test these six hypothesis

a) The probability that special aptitude and abilities (which forming one factors of occupational adjustment factors) of psychosomatic patient is less (or equal more) in average with statistical significance than normal in the control group.

b) The probability that emotional state (which forming the second factor of occupational adjustment factors) of psychosomatic patients is less (or equal or more more) in average with statistcal sgnificance than normal in the contral group.

c) The probaility that the morality (which forming the third factor of occupational adjustment factors) of psychosomatic patients is less (or equal or more) in average with statistical significance than normal in the control group.

d) The probability that the sociometric relation (which forming the fourth factor of occupational adjustment factors) of psychosomatic patients is less (or equal or more) in average with statistical significance than normal in the control group.

e) The probability of getting some factor from statistical manipulation of the signifiancevariable.

f) The probability that the score of special abilities emotional state, moraly, of gastrointestinol patiens and cardiovascular patients is less (or equal or more) in average with stan normal in the control group.

2- Sample:

a) Experimental group: 25 of psychosomatic patients

b) Control: 25 of normal without psychosomatic disturbances

and equal to experimental group in age, job, salary, Socio economic status, experience.... etc.

3- Tools:

The occipational adjustment factors which were selected in this study are as follows

1- The tests of aptitude and abilities

   a) Mechanical Reasoming.
   b) Perceptual speed.
   c) O'Conor finger dexterity.
   d) General Comprehension.
   e) Mechanical assembly.

2- The measurment of morality
   a) morale measurment.

3- The measurment of Emotional state
   a) Cornell Index.

4- The measurment of sociometric Relations
   a) Sociometry test.

5- Statistical Analysis:
   a) T. test.
   b) Factor analysis.

6- Final Results
The occipational adjustment factors which correlates with psychosomatic disturbances are:

   a) Perceptual speed and spatial relation.
   b) Statue and estimate and the relation of worker with his job.
   c) Morality syndrome.
   d) Psychosmatic Syndrome.
   e) Anxiety.
   f) Sociometric status.
   g) Leadership.

المراجع

(١) أبو مدين الشافعي ـ الأسس النفسية للعمل الإنساني ـ مجلة علم النفس ـ مجلد ١ عدد ٢ ـ ١٩٤٥ ـ ص ١٣٧.

(٢) أحمد عزت راجح ـ أصول علم النفس ـ مطبعة جامعة اسكندرية ـ ١٩٥٧ ـ ص ٣٨٧.

(٣) أحمد عزت راجح ـ علم النفس الصناعي ـ الطبعة الأولى ـ ١٩٦١ ـ المطبوعات الحديثة ـ ص ٤٧٠.

(٤) أزفلد كولبه ـ تأليف ـ أبو العلا عفيفي ـ ترجمة ـ مدخل إلى الفلسفة ـ لجنة التأليف والترجمة والنشر ـ ١٩٥٥ ص ٧٩، ٨٤، ١٦٤.

(٥) أوتو فينخل ـ تأليف ـ صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق ـ ترجمة ـ نظرية التحليل النفسي في العصاب ـ الانجلو ـ ١٩٦٩ ـ ص ٣١٣.

(٦) براون أ ـ تأليف ـ سيد محمد خيري وآخرين ـ ترجمة ـ علم النفس الاجتماعي في الصناعة ـ دار المعارف ـ ١٩٥٦ ـ ص ٢٨٨.

(٧) دانييل كاتز ـ أثر الجماعة في الاتجاهات والسلوك الجماعي ـ ميادين علم النفس ـ الجزء الأول ـ ١٩٥٥ ـ ص ٣٢٦، ٣٢٧.

(٨) دانييل لاجاش ـ تأليف ـ مصطفى زيور، وعبد السلام القفاش ـ ترجمة ـ المجمل في التحليل النفسي، مكتبة النهضة المصرية ـ ١٩٥٧ ـ ص ١٤١.

(*) المراجع مرتبة حسب ورودها في البحث.

(٩) ديوبولدب فإن دالين ـ تأليف ـ محمد نبيل نوفل وآخرون ـ ترجمة ـ مناهج البحث في التربية وعلم النفس ـ الانجلو ـ ١٩٦٩ ـ ص ٢١١.
(١٠) سيد محمد خيري ـ الصحة النفسية في الصناعة ـ مجلة الصحة النفسية ـ مجلد ١ ـ العدد ١ ـ ١٩٥٨ ـ ص ٥٣.
(١١) سيد محمد خيري ـ تشخيص وقياس الروح المعنوية بالصناعة ـ التقرير الثاني ـ ١٩٧٠ ـ ص ٢٥٨.
(١٢) سيد محمد خيري ـ علم النفس الصناعي وتطبيقاته المحلية ـ النهضة المصرية ـ ١٩٦٩ ـ ص ٢٠٨.
(١٣) سيد محمد خيري ـ أحمد زكي محمد ـ بحث تشخيص وقياس الروح المعنوية في الصناعة ـ المجلد الاجتماعية القومية ـ المجلد ٤ ـ العدد ٣ ـ ١٩٦٧ ـ ص ٨٢.
(١٤) سيد محمد خيري ـ الاختبار السيكولوجي لتلاميذ التدريب المهني ـ مصلحة الكفاية الإنتاجية والتدريب المهني ـ وزارة الصناعة.
(١٥) سيد محمد خيري ـ بطارية استعدادات حرف المعادن ـ مصلحة الكفاية الإنتاجية ـ وزارة الصناعة.
(١٦) سيد عبد الحميد مرسي ـ سيكولوجية المهن ـ دار النهضة المصرية ـ ١٩٦٥ ـ ص ٩١.
(١٧) صبري جرجس ـ الانفعال والمرض العضوي ـ مجلة الصحة النفسية ـ مجلد ١ العدد ٢ ـ ١٩٥٨ ص ١.
(١٨) عبد المنعم المليجي ـ الأمراض السيكوسوماتية ـ محاضرات غير منشورة ـ ١٩٦٠.
(١٩) عبد المنعم المليجي ـ خبراء النفوس ـ مكتبة مصر ـ ١٩٥٦ ص ٩٢.
(٢١) عطية هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ مكتبة النهضة المصرية ـ مجلد ٤ ـ العدد ١ ـ ١٩٤٨ ص ٣.

(٢١) عطية هنا ـ التوجيه التربوي والمهني ـ مكتبة النهضة المصرية ـ القاهرة ١٩٥٩ ص ٢٢٠ .

(٢٢) عباس محمود عوض ـ الارتباط بين الاستهداف للحوادث والمكانة السوسيومترية للعامل ـ المؤتمر الأول لعلم النفس ـ مايو ١٩٧١ ـ وثيقة ٢٧/١/ ص ٢ .

(٢٣) عبد العزيز عزت ـ علم الاجتماع الصناعي ـ النهضة العربية ـ ١٩٥٨ .

(٢٤) علي جلبي ـ القيادة والكفاية الإنتاجية بالمصنع ـ مؤتمر علم النفس ـ مايو ١٩٧١ وثيقة ٢٨/أ.

(٢٥) فرج عبد القادر طه ـ سيكولوجية الإصابات في الصناعة ـ رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة لكلية الآداب بجامعة عين شمس ص ١٤٨، ٢٠١ .

(٢٦) فرج عبد القادر طه ـ سيكولوجية العامل المشكل في الصناعة ـ دكتوراه مقدمة لآداب عين شمس ١٩٦٨ وغير منشورة ص ١٥٥ .

(٢٧) فرويد ـ تأليف ـ أحمد عزت راجح ـ ترجمة ـ مقدمة تمهيدية في التحليل النفسي ـ الانجلو المصرية ـ ١٩٥٢ ـ ص ٢٨٦ .

(٢٨) الكتاب السنوي للإحصاءات العامة في ج.ع.م. ـ الجهاز المركزي للإحصاء ١٩٥٢ ـ ١٩٦٨ ص ٦١، ص ٦٢ .

(٢٩) عمر شاهين ـ الطب النفسي الجسمي ـ مجلة الصحة النفسية ـ ابريل ١٩٧٠ ـ الجمعية المصرية للصحة العقلية ص ٢ .

(٢٩)لورانس شافر ـ دلالة السلوك الشاذ وأسبابه ـ ميادين علم النفس ـ المجلد للأول ـ دار المعارف ـ ١٩٥٥ ـ ص ٣٩٢ .

(٣٠) لويس كامل ـ الشخصية وقياسها ـ النهضة المصرية ـ ١٩٥٩ ـ ص ١٨٦ .

(٣١) لويس كامل ـ محمد عماد الدين إسماعيل ـ مقياس وكسلر بلفيو لقياس ذكاء الراشدين والمراهقين ـ النهضة ـ ١٩٦٠ .

(٣٢) لويس كامل ـ سيكولوجية الجماعات والقيادة ديناميات الجماعة

ـ النهضة المصرية ـ ١٩٥٨ ص ٢٨٠ .
(٣٣) مصطفى زيور ـ مجلة علم النفس ـ فصول في الطب السيكوسوماتي ـ العدد الأول يونيو ـ ١٩٤٥ ص ١٣ .
(٣٤) مياسنيكوف أ.ل ـ أمراض القلب والأوعية الدموية ـ دار الشرق ـ ١٩٦٨ ص ٥.
(٣٥) متفسل ملتن ـ تأليف ـ رياض عسكر ـ ترجمة ـ وجهة نظر التكيف مع البيئة من ميادين علم النفس ـ المجلد الثاني ـ ١٩٥٦ ـ ص ٩٧٠ .
(٣٦) مايو التون ـ تأليف ـ مبارك ادريس ـ ترجمة ـ المشاكل الإنسانية للمدينة الصناعية ـ الفكر العربي ـ ١٩٦٥ ـ ص ٢٣، ١٦٨ .
(٣٧) ماي سميث، أحمد زكي ـ المزاج العصبي ـ مجلة علم النفس ـ مجلة ٤ ـ العدد ١ ـ ١٩٤٨ ص ٣.
(٣٨) محمود أبو النيل ـ دراسة تجريبية للقدرات النفسية الحركية المتطلبة في مهنة دلفنة الصلب ـ ١٩٦٩ ـ رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة لآداب عين شمس بإشراف دكتور سيد محمد خيري. ص ٥٥ .
(٣٩) محمود عبد القادر محمد ـ مكونات القدرات الميكانيكية ـ رسالة ماجستير غير منشورة ـ مقدمة لآداب عين شمس.
(٤٠) محمد عاطف عبد الحافظ ـ أثر الشحنة الانفعالية على الإدراك ـ مؤتمر علم النفس الأول ـ لجنة علم النفس والتربية ـ مايو ١٩٧١ وثيقة ب/ ٣٠) ص ١ .
(٤١) موريس فيتلس ـ علم النفس المهني ـ ميادين علم النفس ـ الجزء الثاني ـ ١٩٥٥ ـ ص ٨٩١.
(٤٢) مصطفى سويف ونادية غالي ـ القلق والاستقرار العائلي ـ مجلة الصحة النفسية العدد ٣ ـ ١٩٥٨ ـ ص ٤٦ .
(٤٣) محمود محمد الزيادي ـ التوافق الدراسي لطلبة الجامعات ـ رسالة دكتوراه غير منشورة قدمت لآداب عين شمس ـ ١٩٦٥ ص ٧٥.
(٤٤) نورمان ماير ـ تأليف ـ محمد عماد الدين إسماعيل وآخرون ـ ترجمة

ـ علم النفس في الصناعة ـ العربية للنشر والتوزيع ـ ١٩٦٦ ص ٤٥٩، ٧٣٨.
(٤٥) هال كالڤن ـ تأليف ـ محمد فتحي الشنيطي ـ ترجمة ـ الشخصية بتحليل فرويد ـ القاهرة الحديثة ـ ١٩٦٠ ص ١٤٢.
(٤٦) وليم ك مننجر منروليف ـ تأليف ـ محمد أحمد غالي ـ ترجمة ـ أضواء الطب النفسي على الشخصية والسلوك ـ القاهرة الحديثة ـ ١٩٦٦ ص ١٨٢، ص ٩٤.
(٤٧) والتر فاندايك بنجهام ـ بروس فيكتور مور ـ تأليف ـ فاروق عبد القادر وآخرين ـ ترجمة ـ سيكولوجية المقابلة ـ دار النهضة ـ غير منشور السنة ـ ص ٨٥، ٨٧.
(٤٨) والترج كوفيل وآخرون ـ تأليف ـ محمود الزيادي ـ ترجمة ـ علم نفس الشواذ ـ دار النهضة العربية ـ ١٩٦٨ ص ١٣٥.
(٤٩) واردن س.ج. تأليف ـ محمد عثمان نجاتي ـ ترجمة ـ علم نفس الحيوان ـ من ميادين علم النفس ـ المجلد الأول ـ ١٩٥٥ ـ ص ٣٢.
(٥٠) يوسف مراد ـ المجموعة الرابعة من مصطلحات علم النفس ـ مجلة علم النفس ـ مجلد ٢ عدد ٢ ـ ١٩٤٦ ـ ص ٣٦٢، ص ٣٦٥.
(٥١) يوسف كرم ـ تاريخ الفلسفة اليونانية ـ لجنة التأليف والترجمة والنشر ـ ١٩٥٨ ـ ص ١٣، ١٥٣.
(٥٢) يوسف كرم ـ تاريخ الفلسفة الحديثة ـ مكتبة الدراسات الفلسفية ـ دار المعارف ١٩٥٧ ص ٧٩، ٩٩، ١١٠.
(٥٣) يوسف مراد ـ مبادىء علم النفس العام ـ دار المعارف ـ ١٩٥٤ ـ ص ١٣٠، ١٣٨.

(54) Anastasia, Anne & Foley, John, Differential Psychology, Macmillan Comp., New York, 1953, P. 397, 413.
(55) Anderson, E.W. & Trehtowan, W.H., Psychiatry, Baillere Tindall London, 1967, P. 202.
(56) Alexander Franz, Fundamental Concepts of Psychosomatic Research, Form: The study of Abnormal behavior bu:

Melvin Zax & others Macmillan Comp., 1969, P. 272.
(57) Ax, Albert F., The physiological differtiation between fear and Anger in Jumans, psychosomatic Medicine, Vol. 1XV, 1953, p. 33.
(60) Bradu, Joseph V., Ulcers in «excutive» Mondeys, From Book: Emotion: Bodily Change, Edited by: Douglas K. Candland, D. Van Nostrand Comp., 1962, p, 198.
(61) Bonier R.H. & Hanley C., Relathionship among P.G.R. Indices, Psychological Abstract, VOL. 40, N.7, 1966, P. 751.
(62) Barendrech & Groen, A Statistical adaptation of the Rorschach material patients with ulcerative colites, Psyohological Abstracts, Vol. 29, N. 1, 1955, p. 123.
(63) Balack, H.M., Social statistics, MacGraw Hill Book Comp., New York, 1960.
(64) Clark, David Stafferd, Psychiatry to day, Apelican Book, 1959, P. 234.
(65) Craig Kenneth D., Lowery H. jane, Heart rate Component of Conditional vicarious Autonomic Response, Journal of Personality and social psychology, 1969, vol. 11, N. 4, p. 381.
(66) Carr John E, Brownsberger, Rutherford, Characterisitics of Sumptom- Matched Psychogenic and «Real» Pain patients of the M.M.P.I.
(67) Constantinides, p.c. & Nial carey, The Alarm reaction, From: Emotion and Bodily change, Edited by Douglas Candland, Van nostrand comp., 1962, p. 35, & p. 187.
(68) Anew Survey of Universal Knowledge Encyclopedia, william Benton, Vol. 18, 1966, P. 613.
(69) Drever, James, Adictionary of Psychology, Penguin Book, London, 1955, P. 230.
(70) Daniel H. Funkestein, The physiology of fear & Anger, Emotion Bodily change, Edited by: Douglas K. Candland, D. van nostran Comp., 1962, p. 208.
(71) Eysenck, H.J., Sense & Nonesense in Psychology, Penguin Books, 1962, P. 71.
(72) Floyd L. Rush, Psychology and life, Scott, Foresmans and & Comp. New York, 1967, P. & 436.
(73) Forgatt, P. & Merritt, J.D., Concultions in General practice Analysis of Indivdual Frequences, British Journal of preventive & Social Medicine, London, Vol.., 23, N. 1, P., 1.

(74) Feder Carol z., Relathionship Between self-Accptance And dajustment, Repression senstization And social competence, J. of abnormal psychology, Vol. 73, N. 4, 1968, p. 317.
(75) Fruchter, Benjamin, Introduction to factor Analysis, D. Van Nostrand Comp., 1964, p. 51.
(76) Guilford, J.P., Personality, Mcgraw Hill, New York, 1959, P. 480.
(77) Grinker R.R. & others, psychosomatic process: Theory and Experiment, From book; Relgexes to Intelligence by: Beck & Molish, The Free press Illinois, 1960, p. 249.
(78) Gilmer B. von Haller, Industrial Psychology, McGraw Hill Book Comp., New York, 1961, p. 459, 439.
(79) Garrison Karl, Employee Adjustment, From book: Psychology In Industry bu: J. Stanley Gray, Mc Graw Hill Book Comp., New York, 1952, p. 348.
(80) Gunderson E.K. Eric, & Ransoma J. Arthur, A Brief Mental Health Index, J. of Abnormal Psycholo., 1969, Vol, 64, N.1, p. 100-104.
(81) Harriman, philip Lawerence, Edited bu: Encyclopedia of Psycholo., philosophical Library, New York, 1946, P. 678.
(82) Hoppe Klaus D., Re-Somatization of Affects in survivors of persection, The international Journal of psycho analysis, 1968, v. 49, parts 2-3, p. 324.
(83) Hau T.F., Ruepell A., Family Consellation of Psychosamatic Patients, Psychological Abstracts, Vol. 41, N. 4, 1967. P. 489.
(84) Hardych curtis D. & Moss Rudolph., Sampling problemes in studies of psychosomatic Disorders, J. Psychosomatic Res., 1966, vol 10, p. 17-18.
(85) Laird Donald & Laird eleanor, practical Business Psychology, Mc Graw Hill, New York, 1958, P. 337.
(86) Morusi, E.M.K.M., A Factorial Investigation of the Hierarchical organization of Cognitive levels, Athesis ph. D. in Psychology, 1952, P. 2.
(87) Marrow, Alfred j., Making Managment Juman, Mc Graw Hill Comp., New York, 1957, P. 226.
(88) Mittelman, Bela & Malkenson. Lawra, Abnormal Psychology Chapter 9, From Book: Areas of Psychology, Edited by: Marcuse, Harper Brothers, New York, 1954, P. 350.
(89) Maslow, Joseph V., proter Robert W., Conrad Donald G. &

Mason John W., Avoidance Behavior And the development of gastroduodenal ulcers, Journal of the experimental Analysis of Behavior, Vol., 1, 1958, P., 70.
(90) Missner W.W., Family dynamics and Psychosomatic process, Psychological Abstracts, Vol. 41, N. 2, 1967, p. 171.
(91) Masserman jules H., Priciples of Dynamic Psychiatry, Saunders W.B., Comp., London, 1961, p. 47.
(92) Mistscherlick Alexander, The Mechanism of biphasic Defence in psychosmatic Disease, International Journal of psyo analysis Vol. 49, part 2-3, 1968. p. 236.
(93) Mardkoff & Golasn Coronary Artrey disease, jour. of Abnormal psychology, vol. 73, N. 4, 1068, p. 381.
(94) Mottranm, V.H., The physiology of personality, Apelican Book, 1952, p. 66.
(95) Pincherle, G., Mortality of Members of parliament, British Journal of preventive of social Medicien, London, Vol. 23, N., 2, P., 72.
(96) Reiss, Bernard F., Abnormal behaviors end Psychophysiology From Book: Areas of Psycholo., Edited bu: Marcuse, F.L., Harper Brothers New York, 1954, P. 440.
(97) Reiser Morton F., psychoanalytic Method in psychosomatic Research, The International Journal of psycho-Analysis, 1968, Vol. 49, Part 2-3 p. 231.
(98) Speisman Joseph C., Lazarus Richard S., Mordkoff Arnold, Experimental reduction of stress Based on Ego-Defense Theory, Journal of Abnormal and social psychology, Vol. 68, N. 4, April 1964, p. 368-380.
(99) Sontage Lister W., Some psychosomatic Aspects of Chilidhood, porsonality in nature Society and culture bu: Kluckhohn, C. & Murray H.R., 1953, p. 488.
(100) Stein, Morris, The Thematic Apperception test, revised edition, Addison, wesely, 1955, p. 187.
(101) Sandler Joseph & Pollock, Alex. B., Studies in paycho pathologusing self assessment inventory. II, The British jour. of Medical Psychology, Vol. 27, Part 3, 1954, p. 146.
(102) Sandler Joseph & Bollock Alex B., Studies in Psychopathology using a self Assessment inventory Iv, British Jour. of Medical psycholo, Vol: 27, Part 4, 1954, p. 241.
(103) Taborof leaonard H. & Broun William H., Children can have

pepticuler, From Book, Reflexes to Intelligence bu beck & Molish, The Free Press, Illinois, 1960, p. 377.

(104) Weiss, Edward & English, O., Spurgeon, Psychosomatic Medicine, W,W.B. Saunder, London, 1950, P. 35.

(105) Winnicott D.W., Mind and its Relation to the psycho-Soma, The Brithish journal of Medical Psychols., Vol., 22, Part 4, 1954, p. 201.

(106) Weider Arthur, Wolf Harold G., Brodman, Mettalman Bela, wechsler David, David, Cornell Index, Manual Revised, Psychological Corporation, New York, 1919.

(107) Woodmansey A.C., Emotion and the motions, : an inquiry into the causes and prevention of functional disorder of Defecation, The British jour. of Medical Psycholo., vol. 40, part 3, 1967, p. 207.

(108) Wolowitz, Howard M., oral involvement in peptic ulcer, psychological Abstract, vol. N. 10, 1967, p. 1415.

فهرس المجلد الأول

الأمراض السيكوسوماتية : في الصحة النفسية

فهرس المجلد الأول

الأمراض السيكوسوماتية : في الصحة النفسية

الباب الأول

الصحة النفسية ومدى انتشار الانحراف عنها

١ - الفصل الأول

تاريخ الصحة النفسية ومدى انتشار الانحراف عن الصحة النفسية

٢ - الفصل الثاني

معنى الصحة النفسية، والسواء واللاسواء

٣ - الفصل الثالث

الصحة النفسية والنمو النفسي

٤ - الفصل الرابع
حيل وأساليب التوافق

٥ - الفصل الخامس
صور الانحراف عن الصحة النفسية

الباب الثاني

الأمراض السيكوسوماتية

٦ ـ الفصل السادس

٧ ـ الفصل السابع

الباب الثالث

معالجة نظرية للاضطرابات السيكوسوماتية والمفاهيم المتعلقة بها

٨ ـ الفصل الثامن

٩ ـ الفصل التاسع

١٠ ـ الفصل العاشر

١١ ـ الفصل الحادي عشر

١٢ ـ الفصل الثاني عشر

الباب الرابع

أهم الأشكال المختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية والبحوث المتعلقة بها في هذه الدراسة

١٣ ـ الفصل الثالث عشر

١٤ ـ الفصل الرابع عشر

الباب الخامس

عوامل التوافق المهني وفروض البحث

١٥ ـ الفصل الخامس عشر

الباب السادس

الدراسة الاستطلاعية والتجربة الأساسية

١٦ ـ الفصل السادس عشر

١٧ ـ الفصل السابع عشر

١٨ ـ الفصل الثامن عشر

